FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966

N°

THÈSE 322

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Serge, Edouard, Marie MANDAR
né le 6 octobre 1936 à PARIS 14°

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS D'UN CAS DE LYMPHOSARCOME PRIMITIF GASTRIQUE REVELE PAR L'ULCERATION DE L'ARTERE CORONAIRE STOMACHIQUE

Président : M. J.L. LORTAT-JACOB, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966 N°.

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Serge, Edouard, Marie MANDAR
né le 6 octobre 1936 à PARIS 14°

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS D'UN CAS DE LYMPHOSARCOME PRIMITIF GASTRIQUE REVELE PAR L'ULCERATION DE L'ARTERE CORONAIRE STOMACHIQUE

Président : M. J. L. LORTAT-JACOB, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V^e^

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN	Georges BROUET.
1er ASSESSEUR	Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR	Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) / RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) / ROUCAYROL (J.-Cl.) / SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.) / TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAFLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère

A ma Famille.

A Monsieur le Professeur J.L. LORTAT JACOB

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

En hommage respectueux.

A Monsieur le Professeur C. GOUYGOU

Professeur d'Anatomie Pathologique
à la Faculté de Médecine de Paris

Qui a bien voulu nous conseiller
pour la rédaction de notre travail.

A Monsieur le Docteur L. RENÉ

Chirurgien de l'Hôpital de la Croix-Saint-Simon

Qui nous a confié le sujet de cette thèse
et nous a guidé pour sa réalisation.

En témoignage de notre reconnaissance.

P L A N

I - INTRODUCTION

II - HISTORIQUE

III - OBSERVATION .

- Description
- Commentaires

IV - ETIOLOGIE

- Fréquence
- Terrain
- Autre facteur prédisposant.

V - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- Place du lymphosarcome primitif de l'estomac
- Histologie, histogénèse, problèmes nosologiques
- Diagnostic différentiel histologique
- Etude macroscopique.

VI - SIGNES CLINIQUES

- Antécédents
- Principaux signes
- Examen de laboratoire
- Evolution.

VII - RADIOLOGIE

- Technique
- Signes radiologiques
- Diagnostic différentiel radiologique.

VIII - GASTROSCOPIE ET CYTODIAGNOSTIC

- Moyens d'observation et de prélèvement
- Aspect des lésions
- Résultat de la biopsie et du cytodiagnostic
- Utilisation du phosphore radioactif (P_{32})

IX - COMPLICATIONS

Les hémorragies

Les perforations.

X - TRAITEMENT

Moyens thérapeutiques

Indications respectives

XI - CONCLUSIONS

*
* *

I - INTRODUCTION

Le lymphosarcome primitif de l'estomac que nous étudierons seul ici ne doit pas être inclus dans le cadre des maladies de système à détermination primitive gastrique. Nous verrons d'ailleurs à ce sujet les difficultés qui se présentent quelquefois pour faire la distinction.

Après avoir rapporté une nouvelle observation de lymphosarcome gastrique, qui présente comme originalité d'avoir été révélé par un meloena foudroyant dû à l'ulcération de l'artère coronaire stomachique, nous étudierons les différentes opinions émises par les auteurs au sujet du lymphosarcome de l'estomac. Ces opinions sont encore très contradictoires, tant en ce qui concerne les problèmes nosologiques que les possibilités diagnostiques et les conceptions thérapeutiques. Afin d'essayer de faire la synthèse de ces différentes théories, nous avons étudié 50 cas de lympho-réticulo-sarcomes publiés récemment par différents auteurs et présentant une description suffisamment complète. Nous résumerons quelques unes des observations les plus démonstratives, afin d'illustrer par des faits concrets les différentes hypothèses émises sur la question.

Mais nous allons tout d'abord rendre hommage, par un bref rappel historique, à ceux qui ont su depuis plus d'un siècle dégager peu à peu, malgré des moyens techniques très limités, les grandes lignes de cette intéressante variété de tumeur.

*
* *

II - H I S T O R I Q U E

Le premier cas de "Lymphome malin" semble avoir été publié en 1829 par Cruveillhier. Mais c'est VIRCHOW en 1887 qui fut le premier à décrire, à opérer et à vérifier histologiquement ce qu'il appela un lymphosarcome gastrique.

Or l'ensemble des particularités évolutives de la maladie (son origine lymphoïde, son mode de propagation à la fois par infiltration, par voie lymphatique et par voie sanguine) a conduit KUNDRAT, en 1893, à contester aux tumeurs lymphoïdes le nom de lymphosarcome donné par VIRCHOW et à proposer celui de lymphosarcomatose destiné à exprimer leur allure ambiguë de maladie de système (MASSON)(56).

D'autres auteurs s'intéressent à la question à cette époque. FENWICK, en 1901, compte 60 observations de sarcomes gastriques dans la littérature mondiale. En 1905, RIBBERT à Leipzig, en 1906 YATES et 1909 WILSON et MAC CARTHY en Amérique publient des articles consacrés à cette question. En 1912, Antonin GOSSET, à Paris, distingue les lymphosarcomes des autres sarcomes et des schwanomes. En 1916, GHON et ROMAN insistent sur le fait que les lymphosarcomes sont de vraies tumeurs malignes qui donnent des métastases lymphatiques et sanguines. C'est à partir de cette époque que la notion de lymphosarcome primitif gastrique n'est plus contestée et qu'elle prend place à côté des maladies de système.

Mais les tumeurs digestives malignes réticulo-histiocytaires vont encore rester longtemps englobées dans le cadre des sarcomes globocellulaires ou des lymphosarcomes. Jusque vers 1930, il n'était pas question de réticulosarcomes gastriques (RAUBER et Coll.)(78). Ainsi, BALFOUR et MAC CONN, publiant en 1930 54 cas, ne mentionnent aucune forme réticulaire. Nous verrons d'ailleurs que bon nombre d'auteurs américains n'admettent toujours pas leur existence et que ceux qui les admettent les classent dans la catégorie des "lymphomes malins".

*
* *

III - O B S E R V A T I O N

1 - HISTOIRE DE LA MALADIE

M. C..., âgé de 76 ans, entre dans le service du Dr RENÉ à l'Hôpital de la Croix-Saint-Simon à Paris le 15 janvier 1966. L'interrogatoire rapporte les faits suivants :

- Le malade a maigri de 20 kgs depuis 4 mois.

- Depuis le même laps de temps, il se plaint d'asthénie, d'anorexie et de gastralgies mal localisées, ne présentant pas de caractères de périodicité.

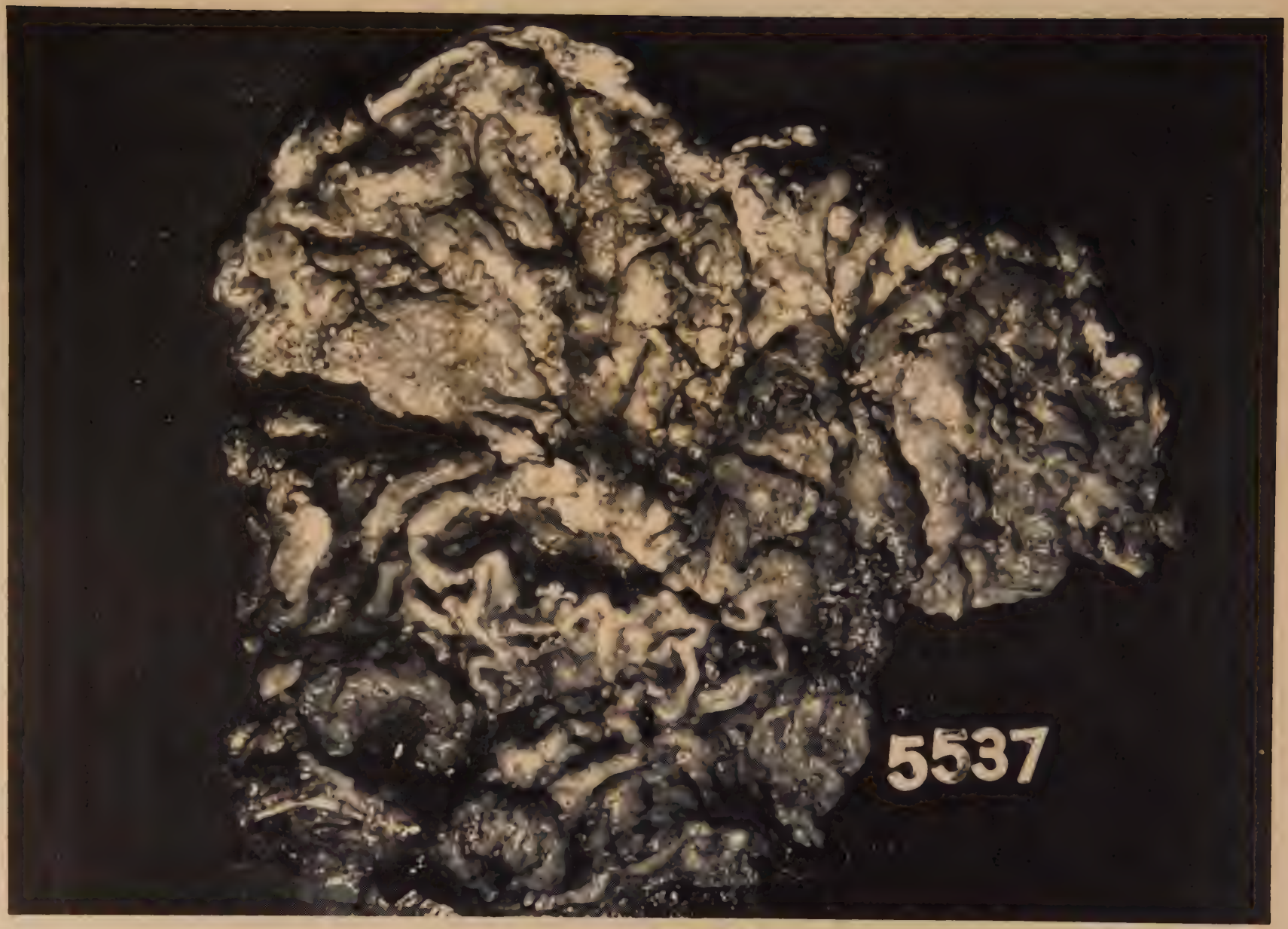
- Il a présenté 5 jours avant son admission des selles diarrhéiques de couleur noirâtre, mais n'a pas eu de lipothymies.

- En dehors de cela, M. C... ne semble pas avoir présenté d'antécédents pathologiques notables avant le début de son amaigrissement. Mais l'interrogatoire est rendu difficile en raison de l'état du malade.

2 - EXAMEN ET TRAITEMENT MIS EN OEUVRE LORS DE L'ADMISSION

A son entrée dans le service, on constate une grave altération de l'état général marquée par une asthénie, un amaigrissement, une pâleur généralisée des téguments, avec décoloration conjonctivale et sous-unguéale, faisant penser à une hémorragie importante; le pouls est un peu accéléré, mais non filant. La tension artérielle est de 12/8, chiffre ne pouvant s'intégrer au reste de l'examen clinique que si l'on considère le malade comme un ancien hypertendu, ce qui est vraisemblable à son âge. La température, l'auscultation cardiaque et pulmonaire sont normales. Cependant, l'examen neurologique révèle l'existence de troubles importants liés vraisemblablement à une anoxie du tronc cérébral.

L'examen de l'abdomen est rendu difficile en raison de la douleur diffuse spontanée et surtout provoquée par la palpation; il permet de mettre en évidence une augmentation importante du volume gastrique.



Pièce de gastrectomie.

L'impression d'hémorragie interne est confirmée par la numération sanguine demandée d'urgence (2.050.000 globules rouges - 15.400 globules blancs); son origine digestive, par la constatation dans les heures qui suivent d'un melaena très abondant; sa localisation à l'estomac, enfin, par la mise en place d'une sonde gastrique qui ramène du sang rouge.

La réanimation du malade est aussitôt tentée par l'application du traitement symptomatique habituel : transfusions sanguines (3 flacons), rééquilibration hydroélectrolytique.

3 - EVOLUTION PRE-OPERATOIRE

Sous l'effet de ce traitement, 36 heures environ après son admission, le pouls se ralentit (64), la tension artérielle atteint 14/8, la numération des globules rouges remonte à 3.860.000 avec 22.800 globules blancs.

Cette relative amélioration permet d'essayer de pratiquer un examen radiologique qui s'avère malheureusement impossible. Le seul cliché que l'on puisse prendre montre un estomac très dilaté par un énorme conglomérat de caillots sanguins qui moule la baryte dans sa partie supérieure. La persistance de l'hémorragie digestive, la difficulté de compenser la spoliation sanguine entraînent l'indication opératoire impérative malgré l'état précaire du malade.

L'intervention est pratiquée par le Dr RENÉ le 17-1-66. En voici le compte rendu.

4 - COMPTE RENDU OPERATOIRE

Hémorragie cataclysmique par ulcération de l'artère coronaire stomachique chez un néoplasique : gastrectomie totale de nécessité.

L'intervention est décidée en considérant que la seule chance de succès réside dans une hémostase locale.

On pratique une médiane sus-ombilicale, qui permet de mettre en évidence une lésion ulcérée perforée bouchée dans le pancréas. Dès les premiers essais de dissection, elle se fissure et l'on extrait de l'estomac 1 k.g 1/2 de caillots sanguins. A l'intérieur de la cavité gastrique, on voit

très bien saigner en jet l'artère coronaire stomachique ulcérée et sectionnée. Dès lors, il apparaît que la seule possibilité d'hémostase passe par l'exérèse et que celle-ci comportera forcément une gastrectomie totale. On s'y résout et on la pratique dans des conditions techniques satisfaisantes, mais contrastant avec le caractère illusoire de l'exérèse du point de vue cancérologique, étant donné la constatation de très volumineux ganglions préaortiques.On fait une anastomose oeso-jéjunale avec fermeture du duodenum. La paroi est refermée au dakfil perdu.

5 - EXAMEN HISTOLOGIQUE

L'examen est pratiqué par le Professeur GOUYGOU. En voici le compte rendu (N° Y 9922).

Tumeur gastrique ayant ulcéré la coronaire stomachique

Les 4 prélèvements pratiqués sur la tumeur gastrique montrent qu'il ne s'agit pas d'un carcinome, mais d'une infiltration pariétale étendue et ulcérée par une pullulation cellulaire d'aspect lymphosarcomateux, intéressant toutes les couches de la paroi, y compris la sous-séreuse dans un secteur étendu de l'estomac. Des ganglions participent à cette prolifération, qui déborde largement dans le tissu adipeux périganglionnaire. Cet ensemble doit faire évoquer avant tout non pas un lymphosarcome localisé, mais plutôt une détermination gastrique étendue au cours d'une hémopathie maligne qui peut être latente et pour laquelle une exploration hématologique systématique complète doit être entreprise. La recoupe oesophagienne n'est pas intéressée par cette prolifération. Au point de vue cytologique, les éléments cellulaires ne sont pas des lymphocytes différenciés et matures, mais présentent des caractères polymorphes évoquant la malignité d'allure leucoblastique.

6 - EVOLUTION TERMINALE POST-OPERATOIRE

Dans les heures qui suivent l'intervention, le pouls et la tension du malade débarrassé de la cause de son hémorragie se maintiennent de façon satisfaisante. On poursuit les transfusions (2 flacons) et la réanimation hydroélectrolytique en fonction des résultats de l'ionogramme sanguin. Une antibiothérapie massive est d'emblée appliquée.

Malheureusement, malgré ces précautions, le malade décède 48 heures environ après l'intervention à la suite de complications neurologiques (troubles de la déglutition, troubles respiratoires, élévation thermique, coma carus, etc...) liées manifestement à l'anoxie du tronc cérébral consécutive aux phénomènes hémorragiques graves qui avaient précédé l'indication opératoire.

7 - EXAMEN BIOLOGIQUE

S A N G

	15-1-66	17-1-66 (intervention)	18-1	19-1
Globules rouges	2.050.000	3.860.000	4.010.000	4.560.000
Globules blancs	15.400	22.800	18.400	31.000
Hémoglobine			77 %	87 %
Valeur globulaire			0,86 %	0,95 %
Hématocrite	18 %		34 %	44 %
Poly Neutro		86	89	
Eosino		3		
Lymphocytes		8	5	
Monocytes		3	6	
Urée		1,51 g/l	1,41 g/l	1,41 g/l
Chlore			3,87g‰	3,97 g‰
Sodium			3,15 g‰	3,25 g‰
Potassium			155 mg‰	180 mg‰
RA			47 vol %	38 vol %
Corps cétoniques			0	0

URINES

	15-1-66	17-1-66	18-1-66	19-1-66
Diurèse			500 ml	1200 ml
Urée urinaire			12,40 g/l	
Chlore			1,24 g ‰	0,35 g ‰
Sodium			1,15 g ‰	3,2 g ‰
Potassium				2 g ‰

8 - COMMENTAIRES A PROPOS DE CETTE OBSERVATION

Ainsi nous venons de voir le cas d'un malade dont le diagnostic de lymphosarcome n'a été établi que par l'examen anatomo-pathologique d'une pièce de gastrectomie; gastrectomie rendue nécessaire par une complication terminale quasi-foudroyante. Nous pensons qu'une telle évolution mérite un certain nombre de remarques.

a) Le malade était-il porteur d'un lymphosarcome primitif ou au contraire d'une localisation gastrique secondaire ? Cette question est évidemment primordiale. Le compte rendu histologique, nous l'avons vu, ne permet pas de trancher; la rapidité de l'évolution a d'autre part emporté le malade avant que des investigations hématologiques aient pu confirmer le diagnostic. Nous savons seulement que l'examen clinique était négatif (absence d'adénopathies, absence de splénomégalie, température normale). Par ailleurs, les numérations formules sanguines ne montraient rien d'autre qu'une leucocytose et une anémie, en rapport avec la spoliation de sang, peu évocatrice d'une hémopathie à sa phase terminale. Mais ce sont là, bien sûr, des renseignements incomplets.

b) Une autre remarque concerne l'âge du malade - 76 ans. En effet, ainsi que nous le verrons plus loin, cette affection frappe habituellement des sujets plus jeunes. Cependant, dans le cas envisagé, si nous savons que l'amaigrissement n'a débuté que 4 ou 5 mois avant la complication

terminale, nous ne savons pas depuis combien de temps le sujet était atteint d'un processus néoplasique. Cela pose la question de la durée réelle de l'évolution de la maladie et partant, de la période à partir de laquelle il aurait été possible d'établir un diagnostic. Ce problème est particulièrement important puisque l'on sait que cette tumeur est radiosensible.

c) Enfin le lymphosarcome gastrique ayant souvent la réputation de n'être pas hémorragique, le melaena foudroyant méritera de retenir particulièrement notre attention. Il s'agit là, bien sûr, d'une forme exceptionnelle. L'érosion de la coronaire n'étant due qu'à la localisation fortuite de la tumeur auprès d'elle. Cependant à l'occasion du développement ulcériforme de ce genre de lésion, il n'est pas interdit de penser que les hématémèses, les mélaenas ou peut-être simplement les hémorragies occultes, ne sont pas rares au cours des lymphosarcomes gastriques lorsqu'ils se présentent sous la forme ulcéreuse.

Ainsi, pour essayer de répondre à ces questions concernant l'évolution et les possibilités diagnostique et thérapeutique , nous allons reprendre le sujet non plus à partir d'un cas particulier, mais en étudiant les différentes opinions des auteurs qui ont traité la question, et en essayant, dans la mesure du possible, d'en faire la synthèse.

*
* *

IV - ETIOLOGIE

1 - FREQUENCE

Les lympho-réticulo-sarcomes gastriques représentent environ la moitié des néoplasies conjonctives de l'estomac. Les lymphosarcomes sont sûrement plus fréquents que les réticulosarcomes. Etant donné l'existence des formes intermédiaires et les différentes interprétations auxquelles elles donnent lieu, il est illusoire de vouloir établir une statistique sur ce point actuellement.

Par contre, la fréquence des néoplasies conjonctives de l'estomac est en augmentation dans presque toutes les statistiques modernes. EWING en comptait 1 % en 1940 alors que MARSHALL et BROWN 10 ans plus tard donnent le chiffre de 3,5 %. Pour DE VERNEJOUL et JEAN (24), elles représentaient 3 à 10 % des tumeurs malignes de l'estomac.

A ce sujet, nous pensons que certains sarcomes sont parfois étiquetés à tort épithéliomas. Ce sont en effet, d'une part, les cancers dont on perçoit une volumineuse masse à la palpation que l'on hésite à faire opérer car l'exérèse en sera impossible, et d'autre part, tous les cancers opérés, en particulier ceux qui paraissent évidents macroscopiquement ne sont pas examinés histologiquement (or sur les 8 cas de réticulosarcomes rapportés par RAUBER, GROSDIDIER et BRAYE (78), 3 cas présentaient des caractères macroscopiques de carcinome).

2 - TERRAIN

a) Age :

La plupart des auteurs ont insisté sur l'âge relativement jeune des malades porteurs de lymphosarcomes gastriques. Pour CORNET (16), il surviendrait 10 ans avant l'âge des épithéliomas. Sur 50 cas colligés dans la littérature récente, nous avons établi que la moyenne d'âge était de 51 ans. Signalons toutefois que le plus jeune de la série étudiée avait 17 ans (malade de MOUCHET (A.)(68) et le plus âgé 88 ans (malade de MUSY (J.P.(70).

b) Sexe :

Le lymphosarcome gastrique se rencontre pour DE VERNEJOUL et JEAN 4 fois plus fréquemment chez l'homme. Les auteurs notent cependant que la prédominance masculine n'est pas aussi nette que pour les épithéliomas.

3 - AUTRE FACTEUR PREDISPOSANT

Nous verrons, au chapitre de l'Anatomie pathologique, que la possibilité de transformation sarcomateuse d'ulcère gastrique est considérée par de nombreux auteurs comme quasi certaine.

*
* *

V - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il n'est pas possible d'étudier la question du lymphosarcome primitif de l'estomac sans aborder au préalable l'étude de son anatomie pathologique. Elle permet en effet, d'une part d'isoler la maladie des autres affections malignes gastriques, d'autre part son étude macroscopique est nécessaire à la compréhension des phénomènes cliniques et radiologiques. Enfin, le mode de propagation et la localisation des métastases permettent d'orienter la thérapeutique et d'ébaucher un pronostic.

1 - PLACE DU LYMPHOSARCOME PRIMITIF DE L'ESTOMAC

a) Un sarcome est par définition une néoplasie conjonctive; ceci élimine donc du cadre de cette étude tous les cancers gastriques épithéliaux. Nous verrons plus loin ce que l'on peut dire de leur fréquence respective. En pratique, devant un carcinome fortement anaplasique, la distinction n'est pas toujours très facile.

b) Schématiquement, il est aussi très simple de distinguer le lymphosarcome des maladies de système telles que leucémie myéloïde, lymphosarcomatose de KUNDRAT ou maladie de HODGKIN à localisation gastrique. Cependant, dans la réalité, le diagnostic n'est pas toujours possible. Il nécessite une enquête hématologique bien conduite. On est étonné lorsque l'on parcourt la littérature de constater que les auteurs ne font presque jamais mention de ces investigations. Aussi est-il permis de penser que parfois certains cas considérés comme des lymphosarcomes primitifs gastriques devraient plutôt rentrer dans le cadre des maladies de système. Ceci explique peut-être les opinions contradictoires relevées sur le pronostic à long terme de cette néoplasie. D'autant plus que, même lorsqu'elle est entreprise, l'enquête s'avère difficile.

Ainsi, par exemple, DUHAMEL (G.)(27) étudiant les localisations du lymphosarcome à la moelle osseuse, rappelle qu'elles sont surtout caractérisées par de sévères altérations de la charpente médullaire qui les accom-

pagne (fibrose précoce et suffusions hémorragiques). Cet aspect métastatique intra-médullaire des lymphosarcomes ressemble à celui des métastases des cancers épithéliaux. Mais il note aussi que ce mode de propagation ne paraît pas être le seul. PETTET, PEASE et COOPER, cités par lui, auraient observé de simples nodules lymphoïdes ou des nappes de lymphocytes, sans infiltration notable de la trame médullaire. Il s'agirait plutôt là d'une métaplasie lymphoïde locale et non d'un envahissement métastatique.

Il importe cependant de noter que, dans la majorité des cas, le myélogramme sera normal. Ainsi MALLARME (53), dans une étude d'ensemble des lymphomes malins, fait remarquer que la découverte de cellules sarcomateuses est une "chance rare" s'il n'existe pas une localisation osseuse juste à l'endroit ponctionné. Elle devient naturellement plus fréquente au stade de généralisation terminale.

Cette restriction étant faite, nous pensons cependant qu'il est sage de conclure avec DUHAMEL (G.)(27) à la nécessité devant tout lymphosarcome, de faire une ponction sternale ou mieux une biopsie de moelle (qui donne des précisions topographiques et architecturales) afin de distinguer éventuellement ceux évoluant comme une tumeur, dont la propagation est métastatique de ceux qui s'apparentent à une leucose au cours de leur évolution.

c) Voyons maintenant la <u>situation du lymphosarcome parmi les autres tumeurs conjonctives de l'estomac</u>. Après une certaine période de confusion dans la terminologie, il semble admis par tous de classer les différents sarcomes selon la nature du tissu conjonctif aux dépens duquel ils se développent. Ainsi, nous pouvons citer rapidement :

- <u>Les fibrosarcomes</u> : eppelés autrefois sarcomes fusocellulaires. Ce sont des sarcomes du tissu conjonctif commun. Ils naissent dans le chorion, la sous-muqueuse, ou le tissu conjonctif sous-séreux. Ils sont de consistance molle; on ne les voit que rarement.

- <u>Les myxosarcomes</u> : ils font aussi partie du cadre des sarcomes du tissu conjonctif commun. Le stroma qui entoure les cellules néoplasiques a subi un remaniement myxoïde (gélatiniforme).

- <u>Les leiomyosarcomes</u> : ce sont des sarcomes des tissus conjonctifs différenciés (comme ceux que nous allons citer maintenant). Ils naissent des

fibres lisses de la muscularis mucosae ou de la musculeuse. Ils sont plus fréquents que les précédents, ont un développement souvent extra-gastrique, donnant des signes de compressions extrinsèques. Ils se révèlent habituellement par des hémorragies.

- Les neurosarcomes : ils résultent de la dégénérescence d'un neurinome bénin. Ils représentent 90 % des tumeurs malignes nerveuses et formeraient 2 à 3 % des sarcomes de l'estomac.

- Les angiosarcomes : développés aux dépens des petits vaisseaux, sont exceptionnels.

- Les lymphosarcomes : ils entrent dans le cadre des sarcomes des tissus hémo-lympho-poïétiques, et font partie des tumeurs des éléments libres. Pour CORNET (16), ils représentent 30 à 50 % des sarcomes gastriques. Ils naissent des follicules clos et des zones d'infiltration lymphoïde de la muqueuse gastrique.

- Les réticulosarcomes : ce sont des tumeurs des éléments de soutien. Schématiquement, on peut dire qu'ils naissent des éléments réticulaires embryonnaires ou adultes de la paroi gastrique ou des formations lymphoïdes.

- Les lympho-réticulo-sarcomes : ce sont des formes intermédiaires aux deux précédentes et qui posent des problèmes d'histogénèse complexes.

Nous voyons ainsi se dégager peu à peu les lymphosarcomes gastriques des autres tumeurs malignes de l'estomac. Cependant, il ne faut pas croire pour autant que l'on puisse être entièrement satisfait des définitions trop simples que nous venons de donner des trois derniers sarcomes de l'estomac. Leur étude histologique va nous permettre en effet d'aborder la complexité du problème.

2 - HISTOLOGIE, HISTOGENESE ET PROBLEMES NOSOLOGIQUES

a) Sarcomes lymphoblastiques et lymphocytiques

Ce sont des formes qui ne diffèrent que par le degré de maturité de leurs cellules et qui appartiennent manifestement à la série lymphocytaire qui s'y trouve en majorité.

- Forme lymphoblastique : elle est constituée de lymphoblastes, qui se présentent comme des cellules sphériques mesurant 10 à 15 µ de diamètre. Elles présentent un noyau volumineux, arrondi ou légèrement encoché, nucléolé, à charpente chromatique dense mais non compacte, et entouré d'un mince cytoplasme franchement basophile. Il existe de nombreuses mitoses anormales parmi toutes ces cellules d'origine lymphoïde qui sont tassées les unes contre les autres, et qui représentent la presque totalité du tissu tumoral (lymphoblastome de RIBBERT). On y trouve presque constamment associées des cellules assez volumineuses du type macrophagique qui sont, selon WOIMANT (89) les cellules de type réticulaire participant à la prolifération tumorale.

- Forme lymphocytaire : (lymphocytome de RIBBERT) constituée essentiellement de lymphocytes. Ce sont de petites cellules dont le diamètre n'excède pas 5 à 7 µ. La chromatine de leur noyaux sphériques est condensée en masses contiguës et peu distinctes. Le cytoplasme très basophile de ces cellules est si mince dans les petits lymphocytes qu'on le voit mal. Les mitoses atypiques sont moins nombreuses que dans la forme lymphoblastique. Ces mitoses présentent les caractères particuliers suivants, décrits par ELLERMAN (cité par MASSON, 56). Lors de la métaphase, les chromosomes, enchevêtrés forment une plaque équatoriale si épaisse que les sommets des courts fuseaux achromatiques la dépassent à peine. Dans les lymphocytes, l'angle dessiné par chaque demi-fuseau est non pas aigu, comme dans la plupart des figures mitotiques, mais obtus.

b) Sarcomes réticulaires

La plupart des auteurs américains sont convaincus de l'origine lymphoïde des réticulosarcomes. ERLICH, GALL, MALLORY, les décrivent sous le nom de lymphosarcomes. D'autres cependant comme EWING, FOOT et SYMMERS pensent que réticulosarcomes et lymphosarcomes sont distincts (SALEZ)(82).

L'Ecole de Strasbourg décrit dans la série adénoïde des sarcomes réticulaires, dictyocytaires, lymphoblastiques, plasmocytaires, histiocytaires et des formes endothéliosarcomateuses.

Pour MASSON (56), il existe 3 formes de sarcomes réticulaires :

- une forme syncytiale, dont l'élément néoplasique est à l'état

pur le réticulum symplastique indifférencié.

- Une forme dictyo-syncitiale qui, en plus de l'élément syncitial, comporte des cellules indépendantes non pas englobées par lui, mais nées de lui et libérées de sa masse : les dictyocytes.

- Une forme dictyocytaire enfin, caractérisée par la pullulation indéfinie de cellules indépendantes.

RAUBER, GROSDIDIER et BRAYE (78) ont fait remarquer qu'il existe des réticulosarcomes primitifs dans des tissus qui, comme le derme, ne renferment pas de formations lymphoïdes à l'état normal. Pour expliquer ce phénomène, ils pensent que l'on peut distinguer avec Mme MUSSINI-MONTPELLIER deux types de tumeurs réticulaires malignes : les réticulo-sarcomes purs qui seraient issus de la trame des formations lymphoïdes de la muqueuse, et les réticulo-histiocyto-sarcomes, qui naîtraient aux dépens de la charpente réticulo-histiocytaire de telle ou telle couche de la paroi.

c) Diagnostic différentiel

La multiplicité de ces interprétations montre la complexité des problèmes nosologiques que l'on rencontre lors de l'étude des réticulopathies malignes gastriques. Cette étude et ces problèmes sont rendus d'autant plus difficiles que, d'une part il existe toutes les formes intermédiaires entre lympho et réticulosarcomes et que, d'autre part, le diagnostic histologique différentiel de ces réticulopathies se pose souvent avec les épithéliomas atypiques à cellules dissociées dont le type est la linite plastique.

En effet, dans ce genre de lésions, ainsi que le rappellent RAUBER et Coll. (78), les glandes muqueuses sont apparemment intactes, du moins en surface, et les cellules cancéreuses épithéliales prennent un aspect conjonctif et se dispersent dans toute la paroi. Si elles ne font pas défaut, les inclusions cytoplasmiques mucicarminophiles permettent de faire la distinction. On s'aidera aussi de l'étude du stroma qui est abondant et collagène dans les épithéliomas et réduit à un fin réseau argentaffine intercellulaire dans les réticulosarcomes.

Signalons par ailleurs que le diagnostic entre tumeur de la lignée réticulaire et épithélioma anaplasique sera facilité par l'étude des ganglions

métastasés, s'il y en a. Ils présentent en effet un aspect beaucoup plus différencié permettant de préciser leur origine épithéliale (MONGE (H.), PAYAN (H.) et CARCASSONNE (Y.) (66).

Ainsi l'étude de ces métastases, les colorations spéciales du mucus, du collagène, et surtout de la réticuline permettent souvent à l'histologiste d'établir le diagnostic de lymphosarcome. Cependant nous venons de voir que le problème restait parfois délicat, et c'est pourquoi il est souhaitable que l'anatomo-pathologiste ait à sa disposition non seulement des prélèvements pratiqués sur la tumeur, mais aussi des préparations cytologiques directes, par empreinte de la tranche de section avant fixation. Cette empreinte sera facilement relevée par le chirurgien sur la pièce de gastrectomie par simple application d'une lame au niveau de la tranche de section de cette pièce. De cette manière, la topographie des lésions ne sera pas déformée ou amputée et l'examen microscopique sera ainsi plus complet.

3 - ETUDE MACROSCOPIQUE

Si l'étude histologique est capitale, puisqu'elle est nécessaire à l'établissement du diagnostic de certitude, l'examen et la connaissance des caractères macroscopiques de la tumeur n'en sont pas moins importants; ils permettent en effet de comprendre la physiopathologie des signes radiologiques que nous étudierons plus loin.

WOIMANT (89) a décrit trois formes principales : - exogastrique donnant des signes de compression extrinsèque, - endogastrique et infiltrante. Il mentionne par ailleurs que la localisation reste fréquemment extra-orificielle.

Récemment, MOUCHET (A.), MARQUAND (J.) et GUIVARC'H (M.)(69) ont repris les descriptions de PALMER (E.D.)(74) et FRIEDMAN (A.J.)(35). Tous ces auteurs remarquent aussi la grande fréquence du siège extra-orificiel de la tumeur, que l'on retrouve quelquefois sur les faces ou de la grande courbure, souvent sur la petite courbure. Ces localisations expliquent l'absence habituelle de vomissements ou de sténose au cours de l'évolution. Ils décrivent par ailleurs quatre formes :

- infiltration diffuse;
- nodules multiples d'aspect lobulé

- tumeur polypoïde sous une muqueuse saine vallonnée de gros plis;
- tumeur ulcérée enfin, creusée d'une niche peu profonde plus volontiers hémorragique.

Tous admettent aussi la possibilité fréquente de l'association de ces formes entre elles, ce qui représente un nombre important de combinaisons sur lesquelles nous n'insisterons pas, car nous voulons décrire les aspects les plus fréquents et les plus caractéristiques de cette affection qui reste, ne l'oublions pas, exceptionnelle dans la pathologie gastrique. Sans pour autant nier l'existence des formes citées précédemment, nous limiterons notre description aux formes infiltrantes et aux formes ulcéreuses.

a) Formes infiltrantes

Pour ECKER, ces formes seraient rares; nous pensons plutôt avec CORNET, de VERNEJOUL, WOIMANT, SALEZ et beaucoup d'autres qu'elles sont fréquentes. En effet, le lymphosarcome naît dans la muqueuse ou la sous-muqueuse, et s'étend le long des plans de moindre résistance. Il les infiltre d'une façon diffuse, respectant au début la musculeuse. Il n'y a pas en règle de réaction scléreuse avoisinante. On peut d'ailleurs rattacher à ces formes d'infiltration diffuse de la paroi par coulée des formes où la migration tumorale se fait par les canaux lymphatiques, ce qui expliquerait les localisations multiples sur la paroi gastrique. FERNET (P.), STOUT (H.M.), et AZAR (H.A.)(32), à propos de l'extension intra-murale de la linite plastique et des cancers indifférenciés, le long du tube digestif, ont émis l'hypothèse que cette migration résultait des mouvements péristaltiques et peut-être aussi antipéristaltiques.

Quoiqu'il en soit, cette forme infiltrante est souvent associée à d'autres : ulcéreuse, endo ou extragastrique. Cependant, dans le cas contraire et avant qu'elle n'ait pris une grande extension, elle peut rester méconnue non seulement du gastroscopiste mais même du chirurgien; ce qui a été le cas pour un malade d'ALBOT (G.)(1) dont le diagnostic n'a été fait que par une biopsie systématique au cours d'une gastrotomie qui n'avait pas objectivé de lésion de la muqueuse suffisante pour décider le chirurgien à faire une gastrectomie. Ce fut le cas aussi d'un malade de A. GOSSET, GUTMAN et BERTRAND (41) pour lequel une gastrectomie avait été faite "sur un estomac apparamment sain", mais dont la radio avait montré une image de raideur limitée

très suspecte de la région pylorique de la petite courbure chez un homme de 70 ans amaigri et souffrant de douleurs post-prandiales depuis 18 mois. L'examen anatomo-pathologique avait confirmé qu'il s'agissait d'un lymphoblastosarcome.

b) Forme ulcéreuse

Pour FRIEDMAN, ce serait la forme la plus commune, qu'il retrouve dans 40 % des cas. WANGENSTEEN, NICOLOFF (D.M.) et HAYNES (L.B)(71) publient une statistique établie en 1962 à l'Université de Minnesota, portant sur 25 cas de lymphosarcomes dont plus de la moitié étaient ulcérés et 7 % perforés. Ils notent par ailleurs que la majorité des localisations sont antro-pyloriques. Nous pensons que cette forme ulcéreuse est, sinon la plus fréquente, du moins la plus fréquemment associée à d'autres formes et surtout à la forme infiltrante.

Nous citerons d'abord cependant parce qu'elle est la plus classique, la forme où l'ulcère se présente comme une soucoupe posée sur une tumeur, la base d'infiltration de celui-ci étant grisâtre, jaunâtre et souvent nécrosée. L'évolution se fait vers le type d'ulcus calleux, qui peut se perforer et éventuellement éroder une artère comme ce fut le cas pour notre malade. Mais là encore nous insisterons surtout sur la possibilité de rencontrer des formes ulcéreuses trompeuses, soit par leur aspect banal, soit parce qu'elles passent inaperçues. Ainsi MOUCHET (A.) et Coll. (69) rapportent le cas d'un malade opéré d'urgence pour une péritonite par perforation. Devant l'aspect banal de cette perforation, le chirurgien n'a fait qu'une suture et ce n'est que 6 mois après, lors d'une réintervention, décidée à la suite d'images radiologiques suspectes, que l'on a pu établir qu'il s'agissait en fait d'un lymphosarcome.

Dans d'autres cas l'estomac est apparemment normal, et si l'on pratique cependant une gastrectomie à la suite des renseignements donnés par les examens cliniques et radiologiques, c'est à l'ouverture de la pièce que l'on trouve une ulcération au contact d'une infiltration de cellules lymphosarcomateuses avec une muqueuse épaissie, une aplasie glandulaire mais avec une conservation de la souplesse de la paroi gastrique. (4 cas rapportés par BERTRAND (I.) et Coll. (8), SENEQUE (J.) et LECANUET (R.)(86), GORDET et

Mme GORDET)(37).

Dès 1937, GOSSET et Coll. avaient individualisé ces lésions sous le nom de lymphoblastoses ulcériformes. BERTRAND (I.) et Coll. (8) ont émis l'hypothèse en 1951 que cet aspect correspondait à des formes de début qui, laissées à elles-mêmes, donneraient plus tard les tumeurs caractéristiques des sarcomes. Cette hypothèse vraisemblable nous amène ainsi à poser une fois de plus la question des rapports qui existent entre les deux lésions. PICALUGA (A.) et NARVOLLO (O.)(76) pensent que le rôle de l'ulcère ne peut être que très général et ne comporte pas de caractères anatomiques particuliers. MUSY (J.P.)(70) considère au contraire avec KREITNER (51), FRUHLING et MOUTIERS (36) ainsi qu'avec CZERWECK et PHILIPPE (20), que la transformation sarcomateuse de l'ulcère gastrique est un fait certain mais rare (une dizaine de cas dans la littérature). Les auteurs admettent en général que la tumeur représente une exagération de la prolifération de l'appareil lymphoïde qui frappe souvent par son abondance au voisinage des anciens ulcères. MUSY (J.P.) pense que l'inflammation chronique de l'ulcère peptique ou de la gastrite aurait la signification d'incitateur non spécifique à l'oncogénèse.

4 - METASTASES

Le lymphosarcome primitif de l'estomac se comporte, en règle, comme une tumeur maligne donnant des métastases par voie lymphatique, mais aussi et surtout à distance, par voie sanguine. Les localisations peuvent se faire à de nombreux organes tels que foie, poumon, pancréas, ovaire, moelle, rein, rate. Signalons ici que les métastases peuvent apparaître dans les viscères que les autres néoplasmes laissent souvent indemnes.

On conçoit les difficultés que l'on rencontre si l'on examine le malade à ce stade pour déterminer si l'on est en présence de métastases vraies ou s'il s'agit plutôt d'une maladie de système. Nous avons vu, au début de cette étude, que la biopsie médullaire, si elle était positive, présentait des caractères différents selon les deux éventualités et permettait théoriquement de trancher.

*
* *

VI - SIGNES CLINIQUES

1 - ANTECEDENTS

Souvent le malade présente un passé douloureux gastrique. Il a quelquefois même été radiographié un an , ou deux avant le "début" de la maladie. Sur 50 cas analysés dans la littérature récente, 15 malades avaient eu une radio d'estomac qui n'avait rien montré ou qui avait seulement permis de déceler une image banale d'ulcère ou de gastrite.

2 - SIGNES FONCTIONNELS

a) Les douleurs

Elles représentent le symptôme prédominant. Parfois il s'agit d'une recrudescence du tableau douloureux précédent (exagération des douleurs dans leur intensité, tendance à devenir continues). Si elles sont d'apparition récente, elles ne présentent pas non plus de caractères particuliers. Les plus fréquentes sont ulcériformes, de siège épigastrique, rythmées par les repas, post-prandiales, à type de crampes évoluant par crises calmées même quelquefois par les alcalins. Mais elles peuvent être plus atypiques, plus capricieuses dans leur horaire, à type de brûlure ou de déchirure.

b) Troubles digestifs

Ils accompagnent en règle les douleurs. Il s'agit d'anorexie, de flatulence, de pesanteur épigastrique, de ballonnement post-prandial. Cependant on signale rarement de vomissement, de la dysphagie, des régurgitations. Ceci est vraisemblablement dû au siège extra-orificiel des lésions. Bref, tous ces troubles sont banaux en eux-mêmes et ne permettent jamais de faire le diagnostic.

c) Les hémorragies

Les lymphosarcomes ont la réputation de n'être pas hémorragiques.

Cela est vrai par rapport aux léio-myosarcomes qui, eux, saignent très souvent et se révèlent même habituellement par une hématémèse (WOIMANT)(90). Cependant, la connaissance des formes ulcéreuses des lymphosarcomes gastriques doit nous faire penser qu'il existe des hémorragies occultes souvent, et parfois des hématémèses ou des melaenas. (Le cas rapporté ici a présenté une hémorragie cataclysmique par lésion angio-térébrante). Nous reviendrons sur cette notion des manifestations hémorragiques des lymphosarcomes au chapitre des complications.

3 - SIGNES GENERAUX

Ces douleurs, ces troubles digestifs, ces gastrorragies sont accompagnées d'asthénie et d'amaigrissement. Cet amaigrissement est souvent rapide et très important (20 kg en 4 mois dans l'observation rapportée ici); parfois il peut rester plus modéré. Le malade présente alors un certain degré de pâleur et une altération de l'état général modérée qui a quelquefois été signalée comme n'étant pas en rapport avec certaines images radiologiques traduisant un envahissement considérable de la tumeur. S'il n'y a pas d'infection intercurrente, on ne signale que rarement de la fièvre.

4 - SIGNES PHYSIQUES

a) L'examen de l'abdomen permet de mettre quelquefois en évidence une tumeur palpable de consistance molle (souvent plus que dans le carcinome). TAYLOR aurait perçu une masse dans 60 % des cas. RONJEZNY cité par RAUBER et Coll. (78) dans 85 % des cas. Nous pensons que la palpation est moins souvent positive et que ces statistiques que nous n'avons pu analyser ne doivent pas être uniquement établies sur les lympho-réticulo-sarcomes. Il ne faut pas compter percevoir de tumeur dans plus de la moitié des examens.

Quelquefois d'ailleurs, on ne constate qu'un simple empâtement de la région épigastrique; si cette masse est retrouvée, elle augmente de volume rapidement. Une différence peut être appréciable à quinze jours d'intervalle.

D'autre part signalons que le développement extra-gastrique de cette néoplasie peut donner des signes de compressions extrinsèques qui peuvent être révélateurs de la maladie.

b) Le reste de l'examen sera systématique, soit pour rechercher certains signes accessoires qui ont été décrits mais qui manquent souvent : hépatomégalie, splénomégalie, hypertrophie des follicules de la base de la langue, soit pour découvrir d'éventuelles métastases.

On n'oubliera pas enfin la palpation minutieuse et répétée des aires ganglionnaires. La perception d'un ganglion de Troisier permettrait de faire un diagnostic histologique par simple biopsie de ce ganglion et d'instituer éventuellement un traitement radiothérapique pré-opératoire. Le plus souvent cependant l'examen reste entièrement négatif.

5 - EXAMENS DE LABORATOIRE

a) Hémogramme. Selon MALLARME (53) la leucocytose à polynucléaire est la formule habituelle des sarcomes avec parfois discrète éosinophilie. En dehors des grandes hémorragies la grande anémie est tardive contemporaine de généralisation et d'envahissement médullaire. Par contre une anémie hypochrome modérée est habituelle - traduction d'un saignement occulte.

b) Myélogramme. La plupart du temps normal, nous avons vu qu'il pouvait cependant donner des renseignements importants. La présence de cellules anormales souvent en petit nombre, difficiles à retrouver, permettent d'affirmer que l'affection a dépassé le stade local ou loco-régional. Il doit faire partie du bilan général préthérapeutique (BOUSSER (J.)(10).

c) Le reste des examens de laboratoire est en règle négatif. Signalons ici que la cuti-réaction à la tuberculine n'est pas négativée. Ce renseignement peut avoir son utilité pour l'établissement du diagnostic différentiel avec une détermination gastrique de la maladie de Hodgkin. Il ne présente cependant pas une valeur absolue.

6 - EVOLUTION

Quelqu'en soit le type, nous avons vu qu'elle se faisait à la fois localement par envahissement progressif des parois gastriques et des canaux lymphatiques, mais aussi à distance par métastases viscérales. En dehors des hémorragies, la tumeur peut se compliquer de perforation soit bouchée

contre le foie ou le pancréas (notre malade), soit révélatrice de la maladie par un tableau de péritonite aiguë (MOUCHET). Nous reviendrons sur ce point au chapitre des complications.

La durée de l'évolution est aussi un sujet fort controversé. A ce propos, nous nous permettrons de résumer brièvement une observation rapportée par ALBOT (G.), BRUNET (R.J.), JOUBAUD (F.) et DAVEZAC (J.F.) (1). Il s'agit d'une malade âgée de 46 ans, dont le diagnostic certain a été établi par une biopsie lors d'une gastrotomie faite en 1950. La malade refuse alors la gastrectomie qui lui est proposée et échappe au contrôle de ses médecins pendant près de 5 ans sans suivre aucun traitement. Elle est revue en 1954 avec une altération marquée de l'état général, un amaigrissement, et une tumeur palpable volumineuse. Un traitement radiothérapique effectué en 1954 arrive à rétablir la situation et une nouvelle gastrotomie de contrôle faite en 1957 par le Professeur J.L. LORTAT-JACOB montre une intégrité macroscopique et histologique de l'estomac.

Cette observation, quasi-expérimentale, a le mérite de mettre en évidence : d'une part la possibilité d'une très longue évolution insidieuse (ici 5 ans sans traitement) et d'autre part, la grande radio-sensibilité de la tumeur, point sur lequel nous reviendrons au chapitre du traitement.

CONTE, HEWITT et GUERET (15) rapportent eux aussi un cas de lymphoblasto-réticulo-sarcome ulcéré de l'estomac dont l'évolution de la tumeur fut lente puisqu'elle remontait au moins à 6 ans (diagnostic radio rétrospectif). A propos de ce cas, les auteurs, après LAMBLING et GUILLARD, soulignent une nouvelle fois que les longues évolutions des sarcomes ou des épithéliomas dont on peut apporter la preuve, s'observent dans la très grande majorité des cas lorsque la tumeur comporte comme traduction clinique un syndrome douloureux intermittent pseudo-ulcéreux. Signalons que l'on retrouve dans la littérature consacrée au lymphosarcome gastrique d'autres cas semblables qui confirment cette notion (ALBOT (G.) et Coll. (1), SENEQUE et LECANUET (86), GUTMAN et Coll. (41), MOUCHET et Coll. (69), GRIMOUD et Coll. (39), BELLANGER et CRESSON (4), etc...).

Malheureusement tous les lymphosarcomes ne semblent pas évoluer aussi lentement à moins de supposer que, d'une part beaucoup d'entre eux ne sont diagnostiqués qu'à la période terminale et que, d'autre part, quelques

uns étiquetés à tort lymphosarcomes primitifs de l'estomac devraient plutôt rentrer dans le cadre des localisations gastriques d'une lymphosarcomatose ?

Bref, quoiqu'il en soit, les auteurs sont par contre tous d'accord pour souligner la rapidité évolutive effrayante des lympho-réticulosarcomes gastriques survenant avant l'âge de 20 ans. (ISSERLIS (46), JENKE (48), MOUCHET (69), etc...).

7 - AU TOTAL

L'examen clinique et para-clinique ne peut en aucun cas permettre d'établir le diagnostic de sarcome. On se trouve habituellement devant un malade d'une cinquantaine d'années, se plaignant de douleurs plus ou moins ulcériformes, d'apparition récente ou non, associées à des troubles digestifs banaux, pâle, amaigri, présentant parfois un melaena, rarement une hématémèse, et dont la palpation de l'abdomen révèle quelquefois une tumeur de consistance molle.

Un tel tableau doit évidemment faire entreprendre les examens complémentaires qui s'imposent : radiographiques, gastroscopiques, éventuellement laparotomie.

*
* *

VII - R A D I O L O G I E

1 - INTRODUCTION

Sur 230 cas colligés par SALEZ dans sa thèse, 23 malades seulement ont été opérés avec le diagnostic de lymphosarcome posé par le radiologue. Pour 13 autres, on avait évoqué la possibilité de ce diagnostic sans l'affirmer. La majorité des images étaient interprétées comme étant celles d'un carcinome (103 cas), d'un ulcère (31 cas), d'un ulcère suspect (12 cas), d'une autre affection gastrique enfin (50 cas) : gastrite hypertrophique, cardiospasme ou tumeur gastrique sans précision de son étiologie.

Par ailleurs, nous avons signalé plus haut la relative fréquence des malades qui avaient eu une radio d'estomac "normale" ou ne montrant qu'une banale image d'ulcère ou de gastrite au cours de la période vraisemblablement de début de la maladie.

2 - TECHNIQUE

Cette statistique et cette remarque soulignent la grande difficulté qui existe dans l'établissement du diagnostic radiologique du lymphosarcome de l'estomac. Non seulement la maladie est exceptionnelle et l'on n'y pense pas, mais encore lorsqu'il existe des images pathologiques il est parfois nécessaire pour les mettre en évidence de faire appel aux techniques qui ne sont pas toujours appliquées lors d'un premier examen standard chez un malade dont l'anamnèse est imprécise et dont l'état général paraît encore satisfaisant.

Ainsi, l'étude des plis en couches minces et celle de leur modification par compression dosée est un point sur lequel MILANI a insisté dès 1938. Nous rappelons de même avec FASSIO (E.)(30) que seule une radio en décubitus et en couches minces peut donner le moulage d'un "cratère" vu de face. (Sinon l'image de la lésion reste invisible, masquée par l'épaisseur du lac baryté distendant l'estomac).

Il est nécessaire aussi de faire une radiographie après injection

de morphine (DARMAILLAC, FERRAND et ESTEVE (22) rapportant un cas de lymphosarcome font remarquer qu'ils doivent à cette technique la mise en évidence d'une image lacunaire de la grande courbure avec niche centrale qui serait restée méconnue avec les examens de routine).

Enfin si l'on hésite entre une lésion bénigne (telle qu'un ulcère) et un lymphosarcome, il faut démander de faire un test thérapeutique afin de pouvoir opérer rapidement le malade s'il y a persistance ou augmentation (quelquefois plus rapide que dans l'épithélioma) des images douteuses.

On a proposé aussi d'appliquer un traitement radiothérapique d'épreuve qui, faisant régresser l'image, prouverait la nature lymphoïde de la lésion. Nous pensons que cette méthode doit être rejetée. En l'absence de diagnostic certain elle expose, en effet, le malade à un rayonnement inutile et dangereux s'il s'agit d'une lésion bénigne, elle retarde l'exérèse indispensable en cas d'épithélioma. Nous verrons d'ailleurs au chapitre du traitement ce que l'on peut dire d'autre de la radiothérapie pré-opératoire.

3 - SIGNES RADIOLOGIQUES

Nous aidant des notions que l'on a pu dégager de l'étude macroscopique de ces néoplasies faite au chapitre de l'anatomie pathologique, nous allons décrire des images qui correspondent aux formes infiltrantes, endogastriques, exogastriques et ulcéreuses.

a) Formes infiltrantes

Elles sont les plus intéressantes car elles sont relativement fréquentes; elles correspondent vraisemblablement aux formes de début, elles sont souvent associées aux autres formes, elles donnent enfin les images radiologiques les plus caractéristiques mais restent inconstantes au début.

Les renseignements sont principalement fournis par l'étude de la mobilité en radioscopie et par l'examen des plis en couches minces. On constate en général que l'infiltration de la paroi se traduit par une certaine rigidité, habituellement retrouvée sur la petite courbure, à début antropylorique. Mais l'absence de réaction fibreuse et le fait que l'envahissement lymphoïde préserve longtemps la musculeuse entraînent une conservation de cet envahissement tardif. Donc, dans un premier stade on peut voir cette

association de rigidité avec cependant une certaine conservation de la souplesse de la paroi qui est signalée par tous les auteurs comme étant très évocatrice de lymphosarcome, surtout si elle s'accompagne d'une modification des plis.

Ensuite l'extension de l'infiltration néoplasique peut gagner toute la petite courbure du cardia au pylore, entraînant une ouverture, voire une disparition de l'angle. (FONTAINE (R.), WARTER (P.) et WEIL (F.) (33). Les mouvements péristaltiques disparaissent eux aussi, et la rigidité de la petite courbure devient complète au cours de ce deuxième stade de l'évolution.

Les modifications des plis sont importantes à connaître car elles sont constantes. Ils peuvent être épaissis de façon régulière - le plus souvent hypertrophiés, cérébriformes. Parfois au contraire effacés par l'infiltration sous-jacente qui boursouflant la sous-muqueuse en effacent le relief. (WOIMANT)(90).

b) Formes endogastriques

Elles ne donnent pas lieu comme dans la forme précédente, à des images aussi caractéristiques, en outre cette forme est plus rare. Il s'agit en effet d'images lacunaires le plus souvent multiples, polycycliques ou isolées par des intervalles de muqueuse radiologiquement normale (MORICHEAU-BEAUCHANT)(67). Les lésions peuvent être localisées sur plusieurs parois gastriques mais restent en règle situées loin des orifices, ce qui explique le retard apporté à l'examen radiographique en raison de la longue évolution silencieuse de la tumeur. C'est pourquoi lorsque l'on est amené à radiographier le malade, les clichés montrent habituellement de vastes formations lacunaires correspondant à un stade de bourgeonnement endogastrique déjà très avancé et contrastant avec un état général encore relativement conservé.

c) Formes exogastriques

Ce sont des formes dont l'évolution de la tumeur se fait vers la cavité péritonéale. L'estomac est en règle déformé et refoulé fortement vers la gauche, mais le diagnostic étiologique de la tumeur ne peut être soupçonné s'il n'existe pas de signes associés d'infiltration et de modification des plis.

d) Formes ulcéreuses

Elles ont été décrites par DE VERNEJOUL et JEAN (24). Il peut s'agir d'ulcère calleux dégénéré. Le malade possède alors déjà en général un dossier radiologique ancien. C'est sur la modification des signes radiologiques que le diagnostic de malignité sans préjuger de son étiologie sera suspecté. Le test thérapeutique n'apportant aucune amélioration. Mais là encore le diagnostic sera souvent tardif, car nous avons vu que la paroi gastrique conserve longtemps une certaine souplesse rendant ainsi d'autant plus difficile l'interprétation des images.

Plus fréquemment il s'agit simplement d'images ulcéreuses multiples et d'apparition récente en général associée à d'autres formes.

e) Formes associées entre elles

C'est plutôt sous cet aspect qu'il faut envisager la question car les formes décrites précédemment se rencontrent rarement isolées.

- La forme ulcéreuse est souvent associée aux formes bourgeonnantes et aux formes infiltrantes. Dans le premier cas, on constatera de multiples ulcérations creusant les surfaces lacunaires assez évocatrices.

- La forme exogastrique est très souvent associée à une infiltration pariétale étendue, dont les caractères particuliers que nous avons vus doit faire penser au lymphosarcome.

- La forme multinodulaire enfin est rarement isolée et présente souvent un certain degré d'infiltration de la paroi, qui n'est pas le siège de prolifération endogastrique.

Bref, le polymorphisme des lésions, leur siège extra-orificiel, la rapidité de leur développement contrastant avec une relative conservation de l'état général, l'hypertrophie des plis associée à une paroi infiltrée mais conservant un certain péristaltisme sont autant de signes qui déjà caractéristiques en eux-mêmes, prennent toute leur valeur lorsqu'ils sont associés.

4 - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL RADIOLOGIQUE

Il est impossible dans les formes bourgeonnantes non accompagnées

de modification de la paroi apprécialbe. On a voulu souligner cependant la régularité habituelle des contours des lacunes données par les sarcomes, nous ne pensons pas que ce détail puisse suffire à poser le diagnostic. Le problème essentiel consistera à faire le diagnostic entre linite plastique et gastrite hypertrophique géante.

- La linite présente une infiltration qui donne des images raides, immuables, différentes, accompagnées en outre d'un rétrécissement habituel de la lumière gastrique qui est exceptionnel au cours des sarcomes.

- La gastrite dans sa forme hypertrophique simple peut simuler un sarcome si les plis vus de face perdent leur régularité (GUTTMAN (R.A.), SHOPS (T.H.), CHRISTIEN (G.) (43) signalent l'importance des épreuves pharmacodynamiques et des tests thérapeutiques pour trancher. Récemment, BENOIT (P.) et coll. (5) ont souligné que le diagnostic différentiel du lymphosarcome dans sa variété à gros plis monstrueux encéphaloïdes et de la gastrite géante hypertrophique doit se baser essentiellement sur la largeur des plis et celle des dépressions qu'ils ménagent entre eux. Les sillons du lymphosarcome seraient plus étroits que les vallonnements alors que ceux de la gastrite auraient une largeur sensiblement égale à celle des plis.

5 - POSSIBILITE ET LIMITE DE L'EXAMEN

Ainsi, théoriquement, un examen radiologique effectué dans des conditions techniques rigoureuses doit pouvoir dans un certain nombre de cas établir le diagnostic. Cependant, dans la réalité, le plus souvent, les conclusions de cet examen se bornent à suspecter un épithélioma ou un ulcère douteux. Il présente donc quand même une énorme valeur puisqu'il permet de poser l'indication opératoire. Certaines fois enfin, la gastrectomie n'a été réalisée que sur les seules données de la radio. L'estomac paraissait normal au chirurgien en raison des lésions qui restaient intra-murales, alors que le radiologue avait pu constater des modifications de la mobilité gastrique suffisamment suspectes de malignité pour conseiller une exérèse. (BERTRAND (I.), LIBAUDE (H.) et OLIVIER (Cl.) (8) ont insisté sur ce point. Dans de tels cas, il est inutile de préciser la valeur irremplaçable de l'examen radiologique.

Mais inversement, surtout au stade de début, cet examen est

quelquefois insuffisant. C'est pourquoi il est nécessaire de chercher à établir le diagnostic par d'autres méthodes qui devront être employées chaque fois que les signes cliniques seront en discordance avec l'intégrité apparente des images radiologiques. En somme, dans le cas qui nous intéresse, la radiographie n'a de valeur que si elle est positive.

*
* *

VIII - GASTROSCOPIE - CYTODIAGNOSTIC

Nous venons de voir que l'examen radiologique n'était pas toujours fidèle. En outre, il ne donne que rarement un diagnostic de certitude puisqu'il n'existe pas de signes pathognomoniques. Or on sait l'importance du diagnostic histologique qui conditionne le traitement. C'est pourquoi nous allons essayer d'établir les possibilités diagnostiques de l'examen endoscopique.

Nous avons déjà signalé les observations au cours desquelles le chirurgien ne constatait pratiquement aucune lésion de la paroi puisque celles-ci étaient intra murales. Il est évident que dans de tels cas la gastroscopie ne peut être d'aucun secours. Toutefois cela n'est naturellement pas une raison suffisante pour ne pas pratiquer un tel examen, car même lorsque la lésion reste intra-murales elle se traduit le plus souvent par des déformations de la paroi.

Ainsi pour PALMER (E.D.)(74), les résultats de la gastroscopie seraient plus valables que ceux de la radiologie. Sur 22 malades atteints de lymphosarcomes, il aurait fait le diagnostic dans le 1/3 des cas, et cela il y a 15 ans, donc avec un matériel beaucoup moins perfectionné que celui dont nous disposons actuellement et que nous allons commencer par résumer succinctement en rappelant les avantages, les inconvénients et les contre-indications de chaque appareil.

1 - MOYENS D'OBSERVATION

a) Gastroscopie classique semi-flexible.

Il reste l'instrument de choix pour l'exploration du corps de l'estomac mais la vision de la petite courbure sous-angulaire n'est pas toujours possible en l'absence de contraction. Par ailleurs, une courbure accentuée de l'appareil se traduit par une vision dite en "oeil de chat".

b) Le fibroscope gastro-bulbaire

Il est de conception plus récente, mais ne peut remplacer le précédent qu'il complète. Il est entièrement flexible, constitué par un faisceau de 200.000 fibres synthétiques de verre. Cette flexibilité gêne d'ailleurs la rotation de l'appareil, donc son orientation, lors de l'examen. L'avantage du fibroscope est de faciliter l'étude de la région antro-pylorique, région qui nous intéresse particulièrement dans le lymphosarcome, sans être gêné par ailleurs par une vision en oeil de chat. Cependant l'étroitesse du champ d'observation limite l'étude du corps et de la partie haute, régions pour lesquelles le gastroscope classique reste plus fidèle.

2 - MOYENS DE PRELEVEMENT

a) Le cytodiagnostic

Il peut être fait par lavage gastrique, mais il s'agit d'un examen aveugle qui demande en outre énormément de manipulation. On lui préfère la méthode par aspiration, localisée ou dirigée.

b) La biopsie

On a proposé de faire des biopsies gastriques à la pince. Cette méthode est dangereuse car elle expose le sujet à des perforations ou des hémorragies. Il est préférable d'utiliser la méthode par aspiration section. Cependant si elle est faite à l'aveugle, elle sera souvent négative car très infidèle dans l'étude des néoplasies gastriques. C'est pourquoi Ch. DEBRAY et P. HOUSSET (45) ont mis au point un gastroscope à biopsie dirigée par aspiration section. Ce matériel présente le double avantage de pratiquer des biopsies réellement dirigées et d'effectuer en même temps que la biopsie un cytodiagnostic dirigé. Signalons toutefois que le principal inconvénient de l'appareil est de ne pouvoir accéder jusqu'à l'antre; région sur laquelle on ne peut donc pas faire de prélèvement avec cette méthode.

La mise au point du fibroscope gastro-bulbaire et du gastroscope à biopsie dirigée par aspiration section a donc fait faire de grands progrès à l'endoscopie digestive. Il faut toutefois rappeler que ces techniques doivent être utilisées en l'absence des contre-indications classiques que sont

l'ectasie aortique et les grosses déformations rachidiennes.

3 - ASPECT DES LESIONS

Pour MERY (61) ce sont les formes diffuses de l'affection qui présentent le plus d'intérêt. L'examen permet en effet de bien retrouver l'hypertrophie et le bouleversement des plis muqueux qui sont épaissis, élargis, souvent anarchiques, s'entrecroisant et se chevauchant. Par ailleurs on constate de place en place de petits nodules, des érosions ou de véritables ulcérations. Les lésions donnent souvent l'impression d'être souvent plus ou moins molles. Leur grand volume est un argument en faveur du sarcome ainsi que leur localisation aux faces et à la grande courbure (WOIMANT)(90). SCHINDLER (84) insiste sur la valeur diagnostique de la raideur généralisée de la muqueuse, de l'existence de nodules pseudo-polypoïdes sous-muqueux et d'ulcérations muqueuses multiples et superficielles, en particulier aux points d'entrecroisement des plis.

Dans les formes localisées l'examen perd de son intérêt; cependant YARMIS et COLF ont signalé comme caractéristiques de sarcome la présence de petits nodules sessiles recouverts par une muqueuse relativement normale, caractère évoquant l'origine sous-muqueuse et non muqueuse de la lésion.

Quoiqu'il en soit, les résultats de la gastroscopie donnent d'utiles renseignements surtout s'ils sont interprétés en fonction des données de l'examen radiologique.

4 - RESULTATS DE LA BIOPSIE

Théoriquement, la méthode de biopsie dirigée appliquée sur les régions les plus suspectes de la paroi devrait permettre à l'histologiste d'établir le diagnostic de certitude dans la majorité des cas. Cependant il ne faut pas oublier que ce diagnostic microscopique est déjà quelquefois très difficile à établir, ainsi que nous l'avons vu, lorsque l'on a à sa disposition les nombreuses coupes réalisées à partir de la pièce opératoire. Ici, le travail est encore compliqué par le fait que le prélèvement reste de petites dimensions, et souvent déformé, ne rendant pas compte de la topographie générale des lésions et de leur diffusion. Il faut donc admettre que des biopsies, même centrées sur la lésion, ne permettent pas d'espérer un diagnostic histologique de certitude dans tous les cas de lymphosarcomes.

5 - LIMITE DU CYTODIAGNOSTIC

Cet examen a le plus de chance d'être positif lorsque l'on est en présence de formes présentant une sous-muqueuse à nu par suite d'une érosion de la muqueuse. Sinon, il peut se faire ainsi que le fait remarquer KLAYMAN cité par MERY (61) que l'on ne retrouve sur la lame que des lymphocytes qui se présentent sur les frottis de façon absolument indifférenciable des lymphocytes que l'on retrouve normalement dans le liquide gastrique. L'interprétation devra donc être menée de façon très prudente, et il faudra exiger des caractères de malignité évidents pour affirmer que le cytodiagnostic est positif. Ces critères de malignité seront plus faciles à établir si l'on est en présence de lymphoblastes dont les diamètres sont plus grands et les mitoses plus nombreuses ainsi que nous l'avons vu au chapitre de l'Anatomie pathologique.

Il faut donc bien connaître les difficultés du cytodiagnostic qui ne devra être confié qu'à des cytologistes qui possèdent un entraînement suffisamment long pour être familiarisés avec la morphologie des cellules sur frottis. Ces réserves étant faites, cet examen possède une énorme valeur lorsqu'il est positif.

6 - UTILISATION DU PHOSPHORE RADIOACTIF (P_{32}) POUR LE DIAGNOSTIC

Le principe de la méthode est fondé sur le fait que les tumeurs malignes captent plus intensément le phosphore radioactif que les tissus sains. Un compteur Geiger miniature, fixé à l'extrémité d'un gastroscope flexible, enregistre en regard des zones néoplasiques une radioactivité 30 à 200 fois plus élevée que celle des tissus environnants, chez un malade ayant reçu au préalable par voie intra-veineuse 500 μ ci de P_{32}. Malgré les difficultés techniques rencontrées pour l'investigation gastrique, et qui seront peut-être réduites grâce aux progrès de la miniaturisation, NELSON (R.S.), DEWEY (W.C.) et ROSE (R.G.) (72) ont enregistré 77 % de résultats positifs sur 22 cancers explorés. Signalons en outre que sur 25 cancers de l'oesophage (pour lesquels la technique d'exploration est plus facile), il n'y eut que 2 résultats faussement négatifs sur une série de 25 cas.

L'intérêt de la méthode consiste à révéler la nature néoplasique

d'une tumeur sans toutefois naturellement pouvoir en préciser l'origine histologique. Elle permettrait donc peut-être de dépister des lymphosarcomes au stade d'infiltration intra murale de début et ne se traduisant encore par aucun signe radiologique ou gastroscopique démonstratif mais ayant déjà retenti suffisamment sur l'état général pour faire pratiquer ces examens. Nous avons vu qu'une telle éventualité n'était pas exceptionnelle puisque des interventions "blanches" avaient même été pratiquées.

*
* *

IX - COMPLICATIONS

1 - MANIFESTATIONS HEMORRAGIQUES

Nous avons vu, lors de l'étude macroscopique, que les formes ulcéreuses des lymphosarcomes étaient celles le plus souvent associées aux autres formes. Nous savons par ailleurs que l'on peut en distinguer deux catégories.

a) De petites érosions, multiples, disséminées sur la paroi, sur les bourgeonnements de celle-ci, ou restant intra-murale au contact d'une infiltration sarcomateuse. Ces lésions de la muqueuse donneront volontiers des hémorragies occultes, notion confirmée par la formule sanguine qui montre habituellement une anémie. En outre, REED (79) signale que la recherche du sang dans les selles par les moyens classiques habituels est positive dans 60 à 66 % des cas de lymphosarcomes.

b) La lésion peut aussi prendre l'aspect d'un ulcère calleux. C'est cette forme qui nous intéresse ici, car elle est responsable des manifestations hémorragiques graves. Il s'agit d'un ulcère angio-térébrant qui peut nécroser les parois des vaisse aux importants entraînant une hématémèse ou un melaena ou les deux associés. Ces hémorragies prennent une gravité particulière en raison de l'absence habituelle de possibilité de vaso-constriction de ces vaisseaux érodés et englobés dans un tissu scléreux au fond du cratère ulcéré.

Ainsi, le malade dont nous avons rapporté l'observation a été victime d'une telle lésion angio-térébrante. En effet, l'artère coronaire stomachique était sectionnée et saignait en jet. En l'absence de troubles neurologiques par anoxie du tronc cérébral, le malade aurait peut-être été sauvé par l'hémostase chirurgicale. A propos de cette observation, nous avons colligé dans le tableau ci-après 240 cas de lymphosarcomes gastriques en signalant ceux qui ont présenté au cours de leur évolution une hématémèse ou un mélaena, afin d'essayer de déterminer les principaux caractères de ces complications.

AUTEURS	NOMBRE DE CAS	HEMATEMESES	MELAENA	HEMATEMESE + MELAENA
BECHEZ (H.)	1	1		
COLE et BARY	2	2		
DARMAILLAC - FERRAND ESTEVE	1		1 (révélateur)	
DEEB et STILSON	3	1 (gastrect. d'urgence)		
FRIEDMAN	75	7	16	2
GRIMAUD - LAPEYRE MOREAU	6	1	1	
ISSERLIS	1		1 (révélateur)	
KLAYMAN	7	1	1	
MARSHALL et MEISSNER	41	5	2	
MERY	5	1		
MOUCHET - MARQUAND et GUIVARC'H	11	1 révélatrice 2	1	
MORICHEAU - BEAUCHANT	1		1	
RAUBER - GROSDIDIER et BRAYE	8		1	
SALEZ	1			1
SNODDY	34	5		
SPELBERG et ZIVIN	11	3	2	3
THORJDINARSON - BEAL	32			8
	240	29	27	14

Fréquence des hématémèses ou des mélaenas

L'une de ces deux sortes d'hémorragie se retrouve dans 20 à 30 % des cas. 71 hémorragies graves pour 240 cas cités dans notre statistique. Notons, pour être complet, qu'il faut ajouter à ce nombre les cas d'hémorragies occultes qui, nous l'avons vu, sont loin d'être exceptionnelles. Ainsi FRIEDMAN (35) sur 75 cas signale en plus des 16 melaenas et 7 hématémèses, 21 hémorragies "gastro-intestinales", soit 66 % de manifestations hémorragiques.

Fréquence relative des hématémèses par rapport aux melaenas

Cette statistique établie sur 240 cas ne permet pas de mettre en évidence une différence dans la répartition du type d'hémorragie qui semble être sensiblement partagée. (27 melaenas pour 29 hématémèses). Il faut cependant noter qu'un malade est toujours alarmé par une hématémèse tandis que beaucoup de melaenas passent plus ou moins inaperçus. Compte tenu de cette remarque, nous pensons qu'il existe une prédominance de mélaenas. Selon REED (79), on les retrouverait dans 20 à 30 % des cas. En outre, les associations des deux types d'hémorragies (retrouvées 14 fois sur 240) montrent la gravité que peuvent prendre ces complications.

Date d'apparition et interprétation de ces hémorragies

Nous avons vu que le contexte clinique du lymphosarcome était quelquefois plus ou moins ulcériforme. Dans ces cas là, l'apparition d'hémorragies va confirmer ce diagnostic d'ulcère. Heureusement une intervention sera habituellement pratiquée chez cet "ulcéreux" qui a saigné abondamment et le chirurgien se rendra compte de la nature suspecte de la lésion et pourra en faire l'exérèse.

Ainsi, l'hémorragie sert de signe d'alarme qui fait pratiquer soit une intervention, soit des examens complémentaires. DARMAILLAC et Coll. (22) rapportent le cas d'un homme de 52 ans, éthylique, qui a présenté un melaena plutôt rattaché à une cirrhose, mais qui a cependant fait faire une radio d'estomac permettant de mettre en évidence des images lacunaires. Sa pièce de gastrectomie montrait en plus d'une infiltration diffuse plusieurs ulcérations, l'une profonde, les autres en coup d'ongle.

Dans d'autres cas, il peut s'agir d'un véritable ulcère ancien, dégénéré, qui se complique d'une gastrorragie. Ainsi GRIMAUD et Coll. (39) ont eu un malade de 68 ans traité médicalement depuis 20 ans et qui a présenté une hématémèse très importante. L'exploration chirurgicale de l'estomac a montré un ulcère de la face postérieure de la région antrale dont la nature lympho-sarcomateuse a été affirmée par l'anatomo-pathologiste.

Enfin le lymphosarcome peut rester complètement insidieux et se révéler par une hémorragie foudroyante. Ainsi DEEB et STILSON (23) ont dû faire une gastrectomie d'urgence à leur malade à la suite d'une hématémèse incontrôlable médicalement. De même ISSERLIS et Coll. (46) ont rapporté le cas d'un mélaena qui fut révélateur du lymphosarcome. Nous avons vu, en outre, dans l'observation rapportée ici, que le malade a présenté le même type d'évolution.

2 - LES PERFORATIONS

Elles sont moins fréquentes que les manifestations hémorragiques. Comme ces dernières, elles sont signalées à tous les stades de la maladie. Elles peuvent être révélatrices de cette néoplasie par un tableau de perforation gastrique typique avec pneumo-péritoine, survenant chez un malade apparemment en bonne santé. Ainsi parmi les 11 cas de lympho-sarcomes de MOUCHET et Coll. (69), deux ont été révélés par une perforation. De même FONTAINE et Coll. (33) ont rapporté l'observation d'un de leur malade âgé de 70 ans qui présentait une radiographie d'estomac normale un an avant la survenue d'une perforation gastrique ayant nécessité une gastrectomie qui a permis d'établir le diagnostic de lymphosarcome. Signalons aussi que CRILLE (G.), HAZARD (J.) et ALLEN (R.) (18) ont rapporté un cas semblable. Cependant, le plus souvent la perforation est bouchée soit dans le foie (malade de CHABRUT rapporté par SALEZ (82)), soit dans le pancréas : ce fut le cas de l'observation rapportée ici.

FRIEDMAN (35) a observé 9 perforations sur 75 cas. Il s'agissait deux fois d'une perforation dans un viscère creux : l'une dans le colon avec fistule gastrocolique, l'autre dans le duodéno-jéjunum avec fistule gastro-duodéno-jéjunale. Les 7 autres perforations s'étaient faites soit dans le pancréas, soit dans le ligament gastro-splénique, soit dans le mésentère.

X - TRAITEMENT

1 - REMARQUES PRELIMINAIRES

Les conceptions du traitement du lymphosarcome gastrique isolé varient avec les auteurs. Les publications des observations d'autre part, ne rendent souvent pas compte des conditions thérapeutiques exactes (dose, durée, etc...) qui ont été appliquées en dehors de l'intervention. Par ailleurs, chaque méthode semble avoir de bons résultats à son actif, de même que des échecs apparemment inexplicables. Mais surtout, la valeur même de chaque thérapeutique reste difficile à apprécier puisque l'on connaît des cas, ainsi que nous l'avons vu précédemment, qui ont survécu 3 à 5 ans sans aucun traitement initial. Il est bien évident que si ces malades avaient été soignés dès le début de leur affection, on aurait attribué une valeur trop grande aux méthodes thérapeutiques employées.

D'autre part, il faut se garder de vouloir considérer l'évolution des lymphosarcomes comme étant plus ou moins identique à celle des épithéliomas. En effet, il est relativement plus fréquent de voir des "guérisons" de très longue durée récidivant longtemps après avoir passé le cap des 5 ans. Mais surtout il ne faut pas attribuer aux envahissements ganglionnaires la même signification péjorative que dans les épithéliomas - MONGES et Coll. (65) ont rapporté le cas d'un malade atteint de lymphosarcome gastrique présentant de volumineux ganglions de la chaîne coronaire stomachique et du groupe rétro-pylorique. Après gastrectomie subtotale associée à une radiothérapie complémentaire, l'apparition d'une métastase cervicale (radiosensible elle aussi) n'eut lieu que 9 ans après l'intervention.

Récemment, MOUCHET et Coll. (69), faisant une analyse de leurs 11 cas de lympho-réticulo-sarcomes gastriques suivis au cours de ces 15 dernières années, constatent que sur les 11 malades laparotomisés, 5 ont eu une gastrectomie totale, 2 une gastrectomie subtotale, un seul sur les 7 avait des ganglions envahis, c'est le seul vivant quatre ans après. (Signalons en outre que ce malade n'avait suivi, malgré son envahissement ganglionnaire,

aucun traitement complémentaire).

Ces remarques préliminaires étant faites, nous allons, après un bref rappel des méthodes thérapeutiques, essayer d'étudier les avantages, les inconvénients et surtout les indications respectives de ces méthodes selon le stade d'évolution.

2 - MOYENS THERAPEUTIQUES ACTUELS

a) La chirurgie

Le type d'intervention est fonction, comme dans les cancers épithéliaux, du siège et du degré d'évolution de la tumeur dont on cherche à faire l'exérèse aussi complète que possible. La plupart du temps d'ailleurs, le diagnostic est une surprise histologique post-opératoire. C'est pourquoi nous rappelons à ce propos la nécessité qu'il y a de faire une biopsie systématique de tous les cancers opérés, même s'ils présentent des caractères "évidents" de néoplasies épithéliales. Le chirurgien est donc amené à faire une des interventions suivantes selon la gravité des lésions :

- gastrectomie subtotale avec curage ganglionnaire aussi complet que possible;
- gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité par anastomose oeso-jéjunale;
- éventuellement et selon l'orientation de l'infiltration tumorale : gastrectomie polaire supérieure;
- quelquefois même, gastro-entérostomie palliative, voire jéjunostomie palliative destinée à permettre l'alimentation à un stade très avancé de la maladie;
- en outre, on peut être amené aussi à pratiquer une splénectomie, une hépatectomie gauche, une pancréatectomie associés à la gastrectomie en cas d'envahissement.

b) La radiothérapie

La valeur de cette méthode reconnue depuis longtemps a été prouvée par l'observation d'ALBOT (G.) que nous avons résumée au chapitre de la clinique. Neuf ans après le diagnostic histologique et quatre ans après un traitement physique (2 séries à un mois d'intervalle de 3000 r à raison de

200 r par jour un jour sur deux) la gastrotomie et la biopsie montraient une intégrité anatomique et histologique de l'estomac. La radiothérapie est également une arme de choix en cas d'apparition de métastases. (Efficace par exemple sur une métastase de la tête humérale d'un malade de SENEQUE et LECANUET (86), sur l'adénopathie cervicale tardive du malade de MONGES et Coll. (65), etc...).

Elle est reconnue par de nombreux auteurs comme devant être appliquée de façon préférentielle avant la chimiothérapie dans les lymphosarcomes à forme localisée (MATHE (G.)(60), LAUGIER (A.J.), SCHLEINGER (M.J.), JUILLIARD (G.) et LE FUR (R.)(52), MALLARME (53), etc...). Ce dernier, dans une étude d'ensemble des lymphomes malins, donne comme règle de principe de doubler la dose-tumeur qui dans chaque cas a été nécessaire pour faire disparaître les signes cliniques ou l'image radiologique.

On peut utiliser les méthodes classiques sous une tension de 250 kilovolts, en se servant de 2 champs : l'un antérieur, épigastrique, l'autre postérieur, dorsal (en champs croisés au niveau de la lésion).

Cependant, actuellement, les radiations de haute énergie semblent ne présenter que des avantages, en raison des doses élevées qu'il est nécessaire d'administrer. Ces radiations permettant un taux de transmission en profondeur beaucoup plus élevé avec une tolérance cutanée et générale remarquable. On utilisera la Télécobalthérapie, soit en irradiation statique, par champs croisés, soit rotatoire à 360° à l'aide d'une large porte d'entrée (15 cm) qui permet de réaliser une irradiation un peu plus élective.

Les doses actuellement recommandées (LAUGIER (A.) et Coll. (52) sont pour les réticulosarcomes de 4000 à 5000 rads en 30 à 40 jours, et de 3000 à 4000 rads en 24 à 28 jours pour les lymphoblastosarcomes plus radiosensibles. Ces doses sont volontairement plus fortes que le minimum souvent nécessaire car on estime que les chances de stérilisation augmentent avec la dose. Notons cependant que dans le cas où il existe une volumineuse tumeur (dont l'exérèse a par exemple été impossible) il est préférable de commencer par des doses plus faibles, car la fonte rapide des tumeurs très radiosensibles expose à des crises de goutte, à des néphrites parfois anuriques, ou à l'apparition de fièvres aseptiques par nécrose ou résorption, qu'il faut savoir distinguer des fièvres post-radiothérapiques d'origine infectieuses dues

à la suppression de certaines immunités tissulaires (FAUVRET (J.), PIEROT (A.) et DUPUY (J.M.) (31). De ces accidents nous rapprocherons la possibilité d'apparition de pancytopénies que l'on pourra dépister en effectuant des hémogrammes et des vitesses de sédimentation répétées.

Cependant, bien conduite, la radiothérapie est en général bien supportée et donne moins souvent de complications que la chimiothérapie. Les résultats sont d'autre part très encouragents. ENNUYER a fait état au cours de la séance annuelle de la Société Française de Radiologie, qui s'est tenue à Paris en octobre 1965, de 23 cas de lympho-réticulo-sarcomes gastro-intestinaux stabilisés pour des périodes allant de 5 à 20 ans. Une revue de la littérature montrerait un taux de survie de 40 % à 5 ans pour les formes gastriques (112 sur 275 cas), dont la plupart avaient par ailleurs bénéficié d'une résection chirurgicale.

c) Chimiothérapie

La chimiothérapie semble actuellement moins efficace que les traitements physiques. Cependant, les partisans de la première méthode s'appuient sur le fait que le traitement, par la diffusion même du médicament dans tout l'organisme, va atteindre non seulement la lésion elle-même, mais aussi ses localisations distantes et latentes. Seulement comme le fait remarquer MALLARME, la diffusion du produit est aussi son principal inconvénient en raison de sa toxicité pour les glandes et la moelle hématopoïétique pouvant engendrer une myélotoxicose et une pancytopénie.

Nous ne ferons que citer les principaux médicaments, parmi les plus employés, dans le traitement du lymphosarcome.

- Les agents alcoylants : ce sont les moutardes azotées telles que Beta-Chlorétylamine (Caryolysine) utilisée depuis 14 ans, et la Cyclophosphamide (Endoxan), produit donné à raison de 2 à 4 mg/Kg/Jour et dont les cures se compliquent moins souvent de thrombocytopénies.

- Les alcaloïdes extraits de la Pervenche Vinca Rosea : ce sont des médicaments se comportant comme un poison du fuseau arrêtant les divisions cellulaires à la métaphose. Ils se compliquent souvent de leucopénie, d'alopécie, de troubles digestifs, etc... Citons la Vincaleucoblastine, la

Leurocristine utilisée à raison de 0,05 à 0,10 mg/Kg/tous les 7 jours par injection intraveineuse qui serait un traitement de choix du lymphosarcome localisé résistant à la radiothérapie.

- Un antibiotique antimitotique enfin, tout récemment expérimenté par JACQUILLOT et Coll. (47), isolé à partir d'une culture de Streptomyces rufocromogenus (Rufocromycine) dont l'emploi peut être tenté au stade de généralisation grave après échec des autres thérapeutiques en raison de son absence de résistance croisée.

Signalons par ailleurs que tous ces produits peuvent être associés entre eux. Nous pensons, et c'est la tendance actuelle, que ces traitements chimiothérapique ne doivent intervenir qu'après échec de la radiothérapie ou éventuellement associée à elle (mais avec prudence en raison du risque accru de pancytopénies). Au stade de généralisation ils deviennent indiqués mais malheureusement ne donneront que des rémissions incomplètes ou complètes de courte durée.

Nous ne parlons pas de la corticothérapie qui présente de trop grands dangers de perforation ou d'hémorragies dans cette affection gastrique.

3 - INDICATIONS RESPECTIVES DE CES DIFFERENTS TRAITEMENTS

a) Le diagnostic est fait avant l'opération

Cela peut être le cas si une gastro-biopsie ou un cytodiagnostic a permis de faire un examen histologique valable. ALBOT (G.) et Coll. (1) pensent qu'il serait préférable de pratiquer une radiothérapie intensive avant de faire la gastrectomie qui serait ainsi facilitée par la régression des phénomènes inflammatoires et oedémateux péritumoraux et par la diminution du volume de la tumeur. Par ailleurs le risque de flambée et d'essaimage serait moindre.

Ce sont certes des arguments de valeur, cependant cette méthode ne semble pas sans danger. Nous avons vu en effet que la radiothérapie dans un certain nombre de cas réduisait les défenses naturelles de l'organisme et pouvait augmenter d'autant les chances d'infection et de complications post-opératoires. Par ailleurs DE VERNEJOUL et JEAN (24) font remarquer que l'irradiation de la tumeur pouvait entraîner des perforations par radionécrose

ou des hémorragies dans les grosses lésions ulcérées (il semble que ce risque soit cependant rare). Enfin, et cela est très important, le chirurgien ne se rendra pas compte de l'étendue initiale de la lésion, des envahissements ganglionnaires éventuels, ne saura pas bien discerner ce qu'il faut conserver de ce qu'il faut enlever. L'examen histologique de la pièce ne confirmera pas le premier diagnostic.

Bref, nous pensons qu'il est préférable de faire une gastrectomie suivie de radiothérapie complémentaire, même si l'opérateur a l'impression d'avoir pu faire une exérèse complète.

Nous ne suivrons pas l'avis de SNODDY (87) qui n'utilise l'appoint radiothérapique que si les ganglions sont envahis.

b) Le diagnostic est fait post-opératoirement

C'est le cas le plus fréquent actuellement. L'examen systématique de la pièce de gastrectomie révèle l'identité histologique. La conduite à tenir est la même que précédemment : radiothérapie post-opératoire dans tous les cas où elle est possible (sinon, chimiothérapie).

c) La tumeur n'est pas extirpable

Ici prend place d'emblée le traitement physique malgré les risques minimes de perforation et d'hémorragie. Ensuite une tentative d'intervention peut être décidée selon l'état du malade et les examens radiologiques.

d) La tumeur récidive localement

Une nouvelle cure de radiothérapie est instituée et seulement en cas de résistance on mettra en oeuvre la chimiothérapie.

e) Stade de localisations multiples

La chimiothérapie sera associée ou alternée à des cures de radiothérapie sous surveillance biologique stricte.

*
* *

C O N C L U S I O N S

1°) - Le lymphosarcome primitif de l'estomac est une affection rare (3 à 5 % des cancers de l'estomac). Il survient autour de la cinquantaine, mais peut se voir à tout âge chez l'adulte. La transformation sarcomateuse d'ulcère paraît, pour certains, être un fait incontestable mais qui reste exceptionnel. La forme infiltrante serait la forme de début la plus fréquente de la maladie et la forme ulcéreuse, le plus souvent associée à d'autres formes. L'observation du cas de lymphosarcome que nous avons rapportée a présenté une évolution particulière . La maladie, en effet, ne s'est révélée, chez un homme de 76 ans, qu'à l'occasion de sa complication terminale (melaena foudroyant, dû à l'ulcération de l'artère coronaire stomachique).

2°) - Il faut distinguer les lymphosarcomes des réticulosarcomes. Cependant il existe tous les aspects intermédiaires entre l'un et l'autre, ce qui rend souvent artificielle leur étude séparée. Les lymphosarcomes sont issus des formations lymphoïdes de la paroi, ils peuvent être constitués de lymphoblastes ou de lymphocytes. Les réticulosarcomes posent plus de problèmes nosologiques. Il faut peut-être considérer qu'il existe deux types de tumeurs réticulaires malignes : les réticulo-sarcomes purs, issus de la trame des formations lymphoïdes de la muqueuse et les réticulo-histiocytosarcomes, issus de la charpente réticulo-histiocytaire de telle ou telle couche de la paroi.

Le diagnostic histologique est quelquefois particulièrement difficile à établir, d'une part avec une détermination gastrique d'une maladie de système, et d'autre part, entre tumeur de la lignée réticulaire et épithélioma anaplasique. Il est cependant possible à l'aide des colorations spéciales du mucus, du collagène et de la réticuline ainsi que par l'étude des ganglions envahis souvent plus différenciés.

Une biopsie médullaire doit être faite, elle rentre dans le cadre de l'enquête hématologique systématique et du bilan pré-thérapeutique qu'il faut réaliser devant tout lymphosarcome. Le myélogramme, le plus souvent

normal, peut cependant dans certains cas permettre de distinguer les lymphosarcomes qui évoluent comme une tumeur dont la propagation est métastatique de ceux qui s'apparentent à une leucose au cours de leur évolution.

3°) - En dehors de la perception éventuelle d'une masse épigastrique de consistance molle, l'examen clinique ne présente qu'une valeur limitée. D'autant plus que l'évolution reste souvent, soit pseudo-ulcéreuse, soit complètement silencieuse en raison des localisations habituellement extra-orificielles de la tumeur ne se traduisant donc pas de façon précoce par des vomissements ou une sténose.

4°) - C'est pour cette raison que l'importance des images radiologiques contraste quelquefois avec une relative conservation de l'état général. Selon le type d'évolution de la tumeur, on peut retrouver des niches uniques ou multiples, des images lacunaires, une déformation et un refoulement de l'estomac. Mais seules les modifications des plis associées à une certaine rigidité de la paroi avec conservation du péristaltisme ont de la valeur. C'est pourquoi l'examen devra comporter des clichés en couches minces ainsi que l'utilisation d'épreuves pharmacodynamiques et éventuellement être répété après un test thérapeutique.

5°) - En cas de doute, ou bien si les résultats négatifs de l'examen radiologique paraissent contestables en raison de l'importance de l'amaigrissement, il ne faut pas hésiter à pratiquer une gastroscopie. Il faut utiliser le gastroscope classique semi-flexible puis compléter l'examen par l'observation de l'antre à l'aide du fibroscope gastro-bulbaire et enfin pratiquer des biopsies et des cytodiagnostics avec le gastroscope à biopsies dirigées récemment mis au point par C. DEBRAY. Ce sont les formes infiltrantes qui présentent le plus d'intérêt; l'examen permet en effet d'y retrouver le bouleversement des plis et souvent l'existence de nodules ou de petites érosions.

L'interprétation du cytodiagnostic est parfois très difficile en raison de la présence normale de lymphocytes dans le liquide gastrique qui peuvent être causes d'erreurs si l'on n'exige pas des critères suffisants de malignité.

6°) - Le traitement est essentiellement fondé sur l'association de la chirurgie et de la radiothérapie ou plutôt maintenant de la télécobalthérapie. Le type de gastrectomie est fonction du siège et de l'envahissement de la tumeur, mais dans tous les cas il faudra confier à l'histologiste en plus des prélèvements habituels, l'empreinte sur lame de la lésion.

L'utilisation des radiations de haute énergie est préférable à la radiothérapie classique en raison du taux de transmission en profondeur beaucoup plus élevé avec tolérance cutanée et générale remarquable. Les doses seront de 4000 à 5500 rads pour les réticulosarcomes en 30 à 40 jours, et de 3000 à 4000 rads en 24 à 28 jours pour les lymphoblastosarcomes.

En cas de récidive locale ou de métastases à distance, on essaiera de nouveau le traitement physique. La chimiothérapie n'étant instituée qu'après échec ou en cas de contre indication de la radiothérapie.

7°) Il est vraisemblable que les progrès des examens radiologiques et gastroscopiques, que nous avons vus, feront établir, au cours des années à venir, des diagnostics plus fréquents et plus précoces de cette néoplasie. La radiosensibilité de ces lymphosarcomes doit en outre, grâce à la télécobalthérapie, permettre d'espérer un pronostic moins sombre que celui des épithéliomas.

*
* *

Vu, le Président de Thèse :

M. J. L. LORTAT-JACOB

Vu, le Doyen de la Faculté :

M. G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
M. J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

I - ALBOT (G.), BRUNET (R.J.), JOUBAUD (E.) et DAVEZAC
Sur les étapes muqueuses et pariétales du lymphosarcome primitif de l'estomac.
Arch. Mal. App. Dig. 49, 1960, pp. 701-726 (Biblio)

2 - ARGANARAS et RIGDON
Sarcoma of the Stomach.
Gastro-Enterology, 1963, pp. 322-329.

3 - BALDRATI (F.) et MATTIOLI (G.)
Il sarcoma dello stomaco.
Minerva. Chir. 12, n° 21, 1957, 1335-1349.

4 - BELLANGER et CRESSON (H.)
Un cas de lymphosarcome gastrique.
Supp. Presse Méd. 72, n° 53, 1964.

5 - BENOIT (P.), BELLIN (A.), CHICHA (P.) et NOIX (G.Y.)
A propos d'un cas de lymphosarcome.
Gast. Sté Fse électro Rad. 16-11-64.

6 - BERGER (J.R.), GAY (B.B.), WHORTON (C.M.)
Malignant lymphoma of the stomach.
Radiology. 62, n° 4, avril 1954.

7 - BERNARD (J.)
Principes généraux actuels du traitement de la maladie de Hodgkin et des lympho-réticulo-sarcomes.
Rev. Prat. 10, 1966, pp. 871-879.

8 - BERTRAND (I.), LIBAUDE (H.) et OLIVIER (Cl.)
Lymphoblastose gastrique ulcéreuse.
Presse Méd. 23-5-1951, 59, n° 35, p. 728.

9 - BIRCH (C.A.)
Primary Sarcoma of the Stomach.
Brit. Méd. 5-2-54. 393.

10 - BOUSSER (J.)
Aspect clinique de la maladie de Hodgkin et des sarcomes ganglionnaires.
Rev. Prat. 16, 1966, pp. 819, 35 Biblio.

11 - BURNETT (H.W.) et HERBERT (E.A.)
The role of irradiation in the treatment of primary malignant lymphoma of the stomach
Radiology. 67, n° 5, 1956, 723-728.

12 - CATTAN, CARRASSO et Coll.
Lymphosarcomes multiples du tube digestif.
Arch. Mal. App. Dig. 1951, n° 12, 1289-1301.

13 - COLLIEZ (R.), PICHARD (R.) et FORTIER-BEAULIEU (M.)
A propos d'un cas de lymphosarcome traité par gastrectomie et radiothérapie et guéri pendant 9 ans.
Journ. Rad. 40, 1959, pp. 171-175.

14 - CLAISSE (R.), DALAYEN (J.) et ESTENNE (B.)
Lymphosarcomatose à forme digestive, leucosarcomatose terminale.
Presse Médicale, 73, pp. 845-850, 24-3-65.

15 - CONTE, HEWITT et GUERET
Sarcomes gastriques.
Arch. Mal. App. Dig. 40, 1951, p. 669.

16 - CORNET (A.)
Sarcomes - tumeurs malignes de l'estomac.
in E.M.C. 9027 - A - 70, 1 à 4.

17 - CORNIL (J.M.)
Contribution à l'étude du problème nosologique des réticulopathies gastriques.
Thèse, Marseille, 1953.

18 - CRILLE (G.), HAZARD (J.) et ALLEN (K.)
Primary L.S. of the Stomach.
Ann. Surg. 135, 1952, 39.

19 - CRISMER (R.), DREZE (Ch.)
La gastrite hypertrophique géante; diagnostic différentiel.
Acta Gastro Entero. Belg. 25, 1962, pp. 623-640.

20 - CZERWECK (H.) et PHILIPPE (E.)
La transformation sarcomateuse de l'ulcère gastrique.
Ann. Anat. Path. 4, 1959, pp. 449-505.

21 - DAVEZAC (J.F.)
Contribution à l'étude des lymphoréticulosarcomes primitifs de l'estomac. A propos de 3 cas.
Thèse Paris 1959.

22 - DARMAILLACK, FERRAND et ESTEVE
Un cas de lymphosarcome gastrique.
Arch. Mal. App. Dig. 40, 1951, p. 1100

23 - DEEB et STILSON
Roentgen manifestation of L.S. of the Stomach.
Arch. Surg. 71, 1955, 288.

24 - DE VERNEJOUL et JEAN
Les réticulopathies gastriques.
Journ. Chir. 61, 1955, 935-950 - Biblio.

25 - DEBRAY (Ch.), HOUSSET (P.) et DELLUC (G.)
Une nouvelle méthode d'endoscopie gastrique : le fibroscope gastro bulbaire.
Arch. Mal. App. Dig. 53-2-1964, p. 1026, 34.

26 - DUBOST (Ch.)
Réticulose histiomonocytaire tumorale à localisation gastrique.
Presse Méd. 1948, n° 37, p. 456.

27 - DUHAMEL (G.)
Localisation du lymphosarcome à la moelle osseuse.
Ann. Anat. Path. 1964, 9, pp. 197-208.

28 - DOR (P.)
Le diagnostic cytologique du cancer gastrique.
Bulletin du cancer. 1963, 50, pp. 243-249.

29 - ELLIS (H.A.) et LANNIGAN (R.)
Néoplasmes lymphoïdes de l'estomac.
Gut. Juin 1963, 4, n° 2, 145-152.

30 - FASSIO (E.)
Un piège de pathologie digestive : le cratère de l'estomac.
Arch. Mal. App. Dig. 1963, 52, pp. 421-424.

31 - FAUVRET (J.), PIEROT (A.) et DUPUY (J.M.)
La fièvre des cancéreux.
Rev. Prat. 14, 17, 1964, p. 2219.

32 - FERNET (P.), STOUT (A.P.), AZAR (H.A.)
Extension intra-murale de la linite plastique.
Gastroenterology. 1965, 48, pp. 419-424.

33 - FONTAINE (R.), WARTER (P.) et WEIL (F.)
A propos de 12 observations de sarcomes de l'estomac.
Journ. Rad. 1961, 42, n° 10, pp. 509-517.

34 - FRANCK (A.)
Symptomatologie radiologique du réticulo-sarcome de l'estomac.
Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgen. Août 1955, 83, Fasc. 2, pp. 200 à 204 (résumé français)

35 - FRIEDMAN (A.J.)
Primary lymphosarcoma of the stomach. A clinical study of 70 cases.
Amer. Journ. of Med. 1959, 26, 783.

36 - FRUHLING (L.) et MOUTIER (R.)
La transformation sarcomateuse de l'ulcère gastrique.
Arch. Mal. App. Dig. 1953, 42, p. 107.

37 - GORDET et Mme GORDET
Lymphoblastome gastrique. Confrontation radio Anat. Clinique.
1951, n° 4, 21-22 - Doin et Masson éd.

38 - GODART (J.), GODART (S.) et von LEBERGHE (R.)
A propos d'un cas de lymphosarcome rectocolique.
Arch. Mal. App. Dig. 1965, 54, 813-818.

39 - GRIMOUD (M.), LAPEYRE (J.), MOREAU (G.) et MALECAZE (A.)
Les sarcomes lymphoréticulaires de l'estomac. A propos de 6 observations.
Arch. Mal. App. Dig. 51, 1962, pp. 1219-1222.

40 - GÜTGEMANN (A.) et SCHREIDER (H.)
Sarcomes gastriques.
Bruns Beiträge zur Klinischen. Chir. 1959, 198, n° 3, pp. 332-358.

41 - GUTMAN (R.A.), GOSSET et BERTRAND (I.)
Lymphoblastose gastrique. Conf. Rad. Anat. Cliniq.
1946, n° 1, 24-25, Doin et Masson éd.

42 - GUTMAN (R.A.) et BERTRAND (I.) et PERISTIANU (T.J.)
Les cancers conjonctifs.
in "Le cancer de l'Estomac au début", Doin et Masson éd.
pp. 464-476.

43 - GUTMAN (R.A.), SHOPS (Th.), CHRISTIAN (G.)
La radio des gastrites hypertrophiques.
Acta Gastro Entero Belg. 1962, 25, pp. 569-617.

44 - HARVIER (P.), LAMOTTE (M.) et LAVERGNE (H.)
Réticulo-lymphoblastosarcome de l'estomac.
Paris Med. Oct. 1942, 20, pp. 317-320.

45 - HOUSSET (P.), PERREAU (G.) et DEBRAY (Ch.)
L'endoscopie digestive. Technique d'exploration et de prélèvement.
Rev. Prat. 15, n° 34, 1965, pp. 459-513.

46 - ISSERLIS (G.), FAURE (J.), RONCAUTE et VAYRE (P.)
Lymphosarcome gastrique. Conf. Anat. Rad.
Supp. Presse Med. 1962, 76.

47 - JACQUILLAT (C.), BOIRON (M.), WEIL (M.), MAZELIER (A.), BERNARD (J.)
Résultat du traitement des hémopathies malignes par la rufocromycine.
Presse Méd. 73, 1965, pp. 2003-2006.

48 - JENKE (W.)
Le sarcome gastrique primitif.
Zeitschrift für Artzliche Fordbildung, 1950, 44, n° 5 et 6, pp. 129-132.

49 - JOYEUX, GUIBERT et PEDOUSSANT
La réticulose histio-monocytaire tumorale de l'estomac.
Semaine Hôp. Paris, 1949, 25, n° 14, p. 59.

50 - KLAYMAN (M.I.), KIRSNER (J.B.) et PALMER (W.C.)
Gastric malignant lymphoma : increasing accuracy in diagnosis.
Gastro Enterology, 24, n° 4, oct. 1955.

51 - KREITNER (H.)
Primoeres Lymphosarkom des Moyens und seine Bzihung zum Ulcus.
Krebsartz. 3, 1948, 423-440.

52 - LAUGIER (A.J.), SCHLIENGER (M.J.), JULLIARD (G.), LE FUR (R.)
Radiotherapie des lympho et réticulosarcomes.
Rev. Prat. 16, 1966, pp. 895-909 (Biblio).

53 - MALLARME (J.)
Etude d'ensemble des lymphomes malins.
Rev. Prat. 14, 1964, n° 13, pp. 1713-1743.

54 - MARQUES (P.) et BRU (A.)
A propos du diagnostic des lymphosarcomes primitifs de l'estomac.
Arch. Mal. App. Dig. 44, n° 3, pp. 385-392.

55 - MARSHALL (S.F.) et MEISSNER (W.A.)
The sarcoma of the stomach.
Ann. of Surg. 131, n° 6, 1950, pp. 824-827.

56 - MASSON
Lymphosarcomes.
in Tumeurs malignes humaines, Malloine, Ed.

57 - MATHE (G.), SCHWEISGUTH (O.), BRULE (G.), BREZIN (C.) et Coll.
Essai de traitement par la leurocristine de la leucémie aiguë lymphoblastique et du lymphoblastosarcome.
Presse Méd. 71, 1963, 529.

58 - MATHE (G.) et Coll.
Essai de traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë et du lymphoblastosarcome par la Cyclophosphamide.
Presse Méd., 71, 1963, p. 402.

59 - MATHE (G.) et Coll.
Essai de traitement de la maladie de Hodgkin et d'autres affections réticulo-histiocytaires malignes par la Vincaleucoblastine.
P.M., 70, 1962, pp. 1349-1352.

60 - MATHE (G.)
La chimiothérapie des lymphoréticulopathies malignes chroniques.
Rev. Prat. 16, 1966, pp. 881-892 (Biblio);

61 - MERY
Contribution à l'étude du lymphosarcome du tube digestif.
Thèse Méd. Paris, 1960.

62 - MINICONI (P.), FERRAND et Mme MUSSINI-MONTPELIER
Un nouveau cas de réticulosarcome de l'estomac.
Algérie Méd. 58, n° 10, 1954, pp. 761-762.

63 - MINICONI (P.), IMBERT (Ch.) et Mme MUSINI-MONTPELIER
A propos de 2 observations de réticulosarcomes primitifs de l'estomac.
Arch. Mal. App. Dig. 43, 1954, pp. 1188-1191.

64 - MICHOTEY (G.)
Lymphosarcome primitif de l'estomac.
Soc. de Chir. de Marseille - 4 juillet 1960, 12, n° 4, 312.

65 - MONGES (H.), MONGES (A.), PAYAN (H.) et CARCASSONNE (Y.)
Réticulosymphoblastosarcomes de l'estomac.
Arch. Mal. App. Dig. 41, 1952, 1220-1223.

66 - MONGES (H.), PAYAN (H.) et CARCASSONNE (Y.)
Places nosologiques des réticulopathies gastriques.
Rev. Méd. Fse, 36, 1955, pp. 615-619.

67 - MORICHEAU-BEAUCHANT
Signes radiologiques du lymphosarcome gastrique.
Arch. Mal. App. Dig. 38, 1949, 116.

68 - MOUCHET (A.), GAUSSEN (L.) et VILOTTE (J.)
Un cancer de l'estomac chez un adolescent de 17 ans (réticulosarcome).
Arch. Mal. App. Dig., juin 1960, n° 5, 796-800.

69 - MOUCHET (A.), MARQUAND (J.) et GUIVARC'H (M.)
A propos de 11 cas de lymphosarcomes de l'estomac.
Mém. Acad. de Chir., 91, janv. 1965, pp. 78-87 (Biblio.)

70 - MUSY (J.P.
Deux nouveaux cas de transformation sarcomateuse de l'ulcère gastrique.
Ann. Anat. Path., 9, 1964, pp. 33-47.

71 - NICOLOFF (D.M.), HAYNES (L.B.), WANGENSTEEN (O.)
Primary lymphosarcoma of the gastro-intestinal tract.
Surg. Gynec. Obst. 1963, 117, pp. 433-437.

72 - NELSON (R.S.), DEWEY (W.C.), ROSE (R.G.).
The use of radioactive Phosphorus (32P) and a miniature Geiger tube to detect malignant neoplasia of the gastro-intestinal tract.
Gastro Enterology, juillet 1965, 44, n° 1, pp. 9-19.

73 - OLINGA
Les sarcomes gastriques.
Thèse, Lille, 1963.

74 - PALMER (E.D.)
Course and Prognosis of Sarcoma of the stomach. 21 cases.
Gastro Enterology, 33, n° 3, 1957, pp. 389-394.

75 - PAGES (A.), GARRIGUES, LAMARQUE (J.L.)
Cytodiagnostic des cancers gastriques par aspiration continue appuyée.
Arch. Mal. App. Dig., 53, 1964, pp. 883-886.

76 - PICALUGA (A.) et NARVALLO (O.)
Transformazione sarcomatosa e carcinosarcomatosa dell ulcera gastrica.
Arch. Ital. Mal. App. Dig. 29, 1962, pp. 5-45 (Biblio).

77 - RAMPAL (M.), LEGRE (M.), CHANAS (P.), et VIGOLI (R.)
Réticulosarcome gastrique Arch. Mal. App. Dig., 52, 1963, pp. 411-413 (Biblio).

78 - RAUBER (M.), GROSDIDIER et BRAYE
Réticulosarcomes gastriques. A propos de 8 observations.
Ann. Chir. (Suppl. Sem. Hôp.), août 1946, n° 8, pp. 617-628 (Biblio.)

79 - REDD (B.L.)
Lymphosarcoma of the Stomach.
Amer. Journ. of Roentgenology, oct. 1959, 82, n° 4, pp. 634-650.

80 - REZEK (Ph. R.)
Sur la survenue fréquente du lymphosarcome de l'estomac.
Wiener Klin. Wochenschrift, 1954, 66, pp. 612-616.

81 - ROZE (R.) et GRAS (F.)
Lésions hodgkiniennes et lymphosarcomatoses digestives.
Journ. Rad., T. 44, 1963, pp. 809-818.

82 - SALEZ
Lymphoréticulosarcome de l'estomac.
Thèse, Paris, 1960.

83 - SARAKINOS (M.), DEBRAY (J.M.)
Les localisations digestives des hémopathies malignes.
Presse Méd., 1958, 66, n° 70, 1569-1571.

84 -SCHINDLER
La gastroscopie dans le diagnostic du lymphosarcome diffus de l'estomac.
Klinik Wochenschrift, 43, 1922, pp. 20-86.

85 - SEMAT (P.), COHEN (C.), JOSSELIN (E.), DUCELLIER et BLOIS (R.)
Lymphoréticulosarcome de l'estomac.
Journ. Rad. 1959, 40, n° 12, pp. 801-802.

86 - SENEQUE et LECANUET
Lymphocytome malin de l'estomac. Conf. Rad. Anat. Clin.
N° 4, 20-21, 1951, Doin et Masson Ed.

87 - SNODDY (W.T.)
Primary lymphosarcoma of the stomach.
Gastro enterology, avril 1952, 20, n° 4, pp. 537-553.

88 - TESLER (J.) et BRENNER (J.)
Primary lymphosarcoma of the stomach. 15 years after surgery and radiation.
Amer. Journ. of Gastro enterology, nov. 1959, 32, n° 5, 557-564.

89 - WOIMANT (B.)
Les sarcomes primaires de l'estomac.
Thèse, Paris, 1951.

90 - WOIMANT (B.)
Les sarcomes gastriques.
Bull. Méd., 1er fév. 1953, n° 3, pp. 63-67.

N.B. - Le lecteur trouvera en outre une bibliographie très complète à la fin de l'article d'ALBOT (G.) et Coll.

*
* *

84 - SCHINDLER

La gastroscopie dans le diagnostic du lymphosarcome diffus de l'estomac.
Klinik Wochenschrift, 43, 1922, pp. 20-86.

85 - SENAT (P.), COREN (C.), JOSSERIN (R.), DUCHALIER et PLOIS (R.)
Lymphoréticulosarcome de l'estomac.
Journ. Rad. 1959, 40, n° 12, pp. 801-802.

86 - SERRGUE et LECLAUDET

Lymphocytome malin de l'estomac. Conf. Rad. Anat. Clin.
N° 4, 20-21, 1951, Dois et Masson Ed.

87 - SMODDY (W.T.)

Primary lymphosarcoma of the stomach.
Gastro enterology, avril 1952, 20, n° 4, pp. 537-533.

88 - TESLER (I.) et BRENNER (I.)

Primary lymphosarcoma of the stomach. 15 years after surgery and radiation.
Amer. Journ. of Gastro enterology, nov. 1959, 32, n° 5, 537-564.

89 - VOINART (R.)

Les sarcomes primaires de l'estomac.
Thèse, Paris, 1951.

90 - VOINART (R.)

Les sarcomes gastriques.
Bull. Méd., 1er fév. 1953, n° 3, pp. 63-67.

N.B. - Le lecteur trouvera en outre une bibliographie très complète à la fin de l'article d'ALBOT (G.) et Coll.

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V° -
ODÉ 58-90